

Zum Erleben systemischer Familientherapie  
aus Sicht tauber Klienten

Qualitative Evaluation einer Erziehungsberatungsstelle  
mit der Repertory Grid-Methode

Diplomarbeit  
zur Diplomprüfung im Studiengang Psychologie  
des Fachbereichs 11 der Universität Bremen

Erster Gutachter	Prof. Dr. Hans Jörg Henning Universität Bremen
Zweiter Gutachter	Dipl. Psych. Simon Kollien Universität Hamburg
Vorgelegt von	Gesche Wattenberg Matrikelnr. 2121312 Kontakt: gesche.wattenberg@gmail.com

Bremen, den 19. April 2012

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Psychotherapie mit tauben Personen.....</b>	<b>3</b>
2.1	Vorbemerkung zu den Begrifflichkeiten .....	3
2.2	Grundlagen zur Kommunikation und Sozialisation tauber Menschen .....	4
2.2.1	Allgemeine Grundlagen.....	4
2.2.2	Kommunikationsformen tauber Menschen .....	5
2.2.3	Häufige Sozialisationsbedingungen tauber Menschen .....	6
2.2.4	Interaktion zwischen tauben und hörenden Menschen.....	9
2.3	Familien mit tauben Mitgliedern.....	10
2.3.1	Hörende Eltern – taube Kinder .....	10
2.3.2	Taube Eltern – taube Kinder.....	13
2.3.3	Taube Eltern – hörende Kinder .....	13
2.3.4	Erziehungsprobleme in Familien mit tauben Mitgliedern .....	15
2.4	Psychische Störungen bei tauben Menschen .....	16
2.4.1	Prävalenz und Ätiologie .....	16
2.4.2	Psychologische Diagnostik: Eine besondere Herausforderung .....	19
2.5	Psychotherapie mit tauben Personen.....	21
2.5.1	Anforderungen an den Therapeuten .....	22
2.5.2	Dolmetscher in der Psychotherapie .....	24
2.5.3	Versorgungssituation in Deutschland .....	25
<b>3</b>	<b>Systemische Familientherapie mit hörend-tauben Familien .....</b>	<b>27</b>
3.1	Grundlagen systemischer Familientherapie .....	27
3.1.1	Verschiedene Ansätze in der systemischen Therapie/Beratung .....	28
3.1.2	Der theoretische Boden der systemischen Therapie.....	30
3.1.3	Systemische Interventionen .....	32
3.1.4	Die Rolle des Therapeuten .....	33
3.2	Systemische Familientherapie mit hörend-tauben Familien .....	34
<b>4</b>	<b>Evaluation systemischer Familientherapie mit hörend-tauben Familien .....</b>	<b>38</b>
4.1	Psychotherapieforschung: Auf der Suche nach Wirkfaktoren .....	39
4.2	Grundannahmen der Evaluationsforschung .....	40
4.3	Der Evaluationsgegenstand: Die Beratungsstelle „sichtbar!“ .....	41
4.4	Evaluationskriterien und Ziele dieser Arbeit .....	42

---

<b>5</b>	<b>Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>43</b>
5.1	Methodenwahl: Subjektives Erleben im Zentrum des Interesses .....	43
5.2	Theorie der persönlichen Konstrukte und Repertory Grid-Methode – ein Zugang zu subjektiven Erlebnisräumen.....	43
5.3	Repertory Grid-Interviews in der Evaluation von Therapien .....	44
5.4	Repertory Grid-Interviews mit tauben Menschen.....	45
5.5	Güte des Vorgehens .....	47
<b>6</b>	<b>Anlage und Durchführung.....</b>	<b>50</b>
6.1	Auswahl der Interviewpartner und Feldzugang .....	50
6.2	Bestimmung des Frageraums und Durchführung der Interviews .....	51
6.2.1	Das Elemente-Set .....	52
6.2.2	Das Interview-Setting .....	54
6.2.3	Ablauf der Interviews .....	55
6.3	Vorgehen in der Auswertung der Daten .....	55
<b>7</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>57</b>
7.1	Ergebnisse der Einzelinterviews .....	57
7.1.1	Interview I: Sabina – „Einfach hingehen, beraten und fertig“ .....	57
7.1.2	Interview II: Michael – „Mit Respekt behandelt werden“ .....	67
7.1.3	Interview III Clara – „Unterstützung bekommen und selbst viel schaffen“.....	73
7.2	Inhaltsanalytische Betrachtung der Konstrukte .....	80
7.3	Ein übergreifendes Modell zum Therapieerleben .....	83
<b>8</b>	<b>Diskussion und Fazit .....</b>	<b>87</b>
8.1	Diskussion der Ergebnisse .....	87
8.2	Rückführung der Ergebnisse auf die Evaluationsfragen.....	92
8.3	Kritische Reflexion .....	94
8.4	Fazit und Ausblick.....	96
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>99</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>107</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell ‚biopsychosocial hierarchy‘ .....	35
Abbildung 2: Planung der Interviewpersonen .....	50
Abbildung 3: Geordnete Bertin-Matrix Sabina .....	58
Abbildung 4: ESA Therapieerleben Sabina – erste und zweite Dimension.....	60
Abbildung 5: Hauptdimensionen in der Deutung und Erleben von Therapie (Sabina) .....	61
Abbildung 6: Konstrukte (kursiv) und Elemente in den Quadranten (Sabina) .....	62
Abbildung 7: Subjektives Modell zum Therapieerleben (Sabina) .....	66
Abbildung 8: ESA Therapieerleben Michael – erste und zweite Dimension.....	68
Abbildung 9: Hauptdimensionen in der Deutung und Bewertung der Therapie (Michael)...	69
Abbildung 10: Konstrukte (kursiv) und Elemente in den Quadranten (Micheal).....	70
Abbildung 11: Subjektives Modell zum Therapieerleben (Michael).....	72
Abbildung 12: ESA Therapieerleben Clara – erste und zweite Dimension .....	75
Abbildung 13: Hauptdimensionen in der Deutung und Erleben von Therapie (Clara).....	75
Abbildung 14: Konstrukte (kursiv) und Elemente in den Quadranten (Clara) .....	76
Abbildung 15: Subjektives Modell zum Therapieerleben (Clara) .....	79
Abbildung 16: Übergreifendes Modell zum Therapieerleben.....	84

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosestruktur unterschieden nach ambulanten und stationären Patienten .....	18
Tabelle 2: Elemente-Set der Repertory Grid-Interviews.....	53
Tabelle 3: Elementepaare für die Evozierung der Konstrukte .....	54
Tabelle 4: Inhaltsanalytische Kategorien und zugeordnete Konstrukte .....	82

## 1 Einleitung

Für Familien, die ausschließlich in Lautsprache kommunizieren, gibt es eine Vielzahl von Beratungsangeboten in ganz Deutschland<sup>1</sup>. Familien mit hörgeschädigten Mitgliedern, die nicht in Lautsprache kommunizieren, stoßen bei der Suche nach professioneller Unterstützung häufig auf Barrieren. Das Recht auf barrierefreien Zugang zu therapeutischer Unterstützung ist seit 2002 im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) niedergeschrieben.<sup>2</sup> Die Umsetzung ist bisher nicht vollständig erfolgt; seit einigen Jahren gibt es aber mehrere spezialisierte Erziehungs- und Familienberatungsstellen für taube und schwerhörige Personen. Auch die Anzahl der ambulanten Psychotherapeuten mit Gebärdensprachekompetenz steigt.

Zur Psychotherapie im Allgemeinen und Familientherapie im Speziellen liegt vielfältige wissenschaftliche Begleitforschung im Feld hörender Klienten<sup>3</sup> vor<sup>4</sup>. Das Feld der spezialisierten Angebote für hörgeschädigte Klienten ist im deutschsprachigen Raum hingegen kaum wissenschaftlich erforscht<sup>5</sup>. Dementsprechend gibt es in der deutschsprachigen Therapieforschung wenig Literatur zu speziellen Bedürfnissen von tauben Klienten in der Therapie. In diesem Mangel der Begleitforschung spezialisierter Therapieangebote findet diese Arbeit ihre Forschungslücke.

Die vorliegende Diplomarbeit setzt sich mit dem therapeutischen Angebot für Familien mit tauben Mitgliedern der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“<sup>6</sup> in Hamburg auseinander. Inhaltlich steht die Arbeit somit auf zwei Säulen: Im Zentrum steht das Interesse der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ an einer Evaluierung ihrer therapeutischen Arbeit. Gleichzeitig setzt die Arbeit an der fehlenden Begleitforschung spezialisierter Therapieangebote für hörgeschädigte Personen in Deutschland an und möchte auf diesem Wege zum wissenschaftlichen Diskurs in diesem Bereich beitragen. Daraus leitet sich als Ziel dieser Arbeit ab, die Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ als Beispiel systemischer Familientherapie mit hörend-tauben Klienten qualitativ zu evaluieren. Die Evaluation spannt den Rahmen der Un-

---

<sup>1</sup> Siehe „Bundeskongress für Erziehungsberatung e.V.“ ( o. J.)

<sup>2</sup> Hierfür grundlegend sind: BGG §1 – beinhaltet das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und BGG §6 formuliert das Recht auf Nutzung der Gebärdensprache („BGG - Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen“, o. J.)

<sup>3</sup> Allein aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in der Arbeit die maskuline Form verwendet. Darunter werden Männer und Frauen gleichermaßen verstanden.

<sup>4</sup> Siehe beispielsweise Pfammatter und Tschacher (2012) oder Sprenkle und Pierce (2005)

<sup>5</sup> Bekannt ist aus den 1990er Jahren die „Lengerich-Studie“ zur psychiatrischen Versorgung von Hörgeschädigten (Brosch und Kampert, 1991); darüber hinaus gibt es ein aktuelles Forschungsprojekt an Ehe- und Familienberatungsstellen in Bayern, siehe dazu „Studie zur ‚Ehe- und Familienberatung für gehörlose und hörgeschädigte Menschen in Bayern““ ( o. J.)

<sup>6</sup> Die Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ des Erziehungshilfe e.V. Hamburg wird als Evaluationsgegenstand in Kapitel 4 genauer vorgestellt.

tersuchung auf und bestimmt die Forschungsfrage: „Wie erleben taube Klienten ihre eigene Familientherapie?“. Der Fokus dieser Arbeit liegt also auf dem Therapieerleben und der Zufriedenheit der Klienten. Die Klientenzufriedenheit gilt im Kontext der Qualitätssicherung von Therapie als eine zentrale Dimension des Behandlungserfolgs (Hannover, Dogs, & Kordy, 2000). Das subjektive Therapieerleben der Klienten wird in dieser Arbeit mit der Theorie der persönlichen Konstrukte (Kelly, 1955) untersucht. Dafür werden drei Repertory Grid-Interviews mit Klienten der Beratungsstelle „sichtbar!“ geführt und die Ergebnisse anschließend anhand ausführlicher Fallvignetten diskutiert.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Der theoretische Rahmen ist in zwei Blöcke unterteilt; in Kapitel 2 werden, nach einer kurzen Einführung in die Sozialisationsbedingungen und Kommunikationsformen tauber Personen, Grundsätze der therapeutischen Arbeit mit tauben Klienten erläutert. In Kapitel 3 werden grundlegende Gedanken der systemischen Familientherapie dargestellt und die spezielle Situation der systemischen Therapie mit hörend-tauben Familien ausgeführt. Im vierten Kapitel wird die Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ als Evaluationsgegenstand vorgestellt und die Evaluationskriterien und -ziele ausgeführt. Daran anschließend werden in Kapitel 5 und 6 das methodische Vorgehen sowie die Anlage und Durchführung der Interviews dargestellt. Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse analysiert, interpretiert und ein übergreifendes Modell des Therapieerlebens beschrieben. Im achten Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und auf die Evaluationsfragen zurückbezogen. Es folgt eine kritische Diskussion des Vorgehens und die Arbeit schließt mit einem Ausblick für weitere Forschung.

Die Arbeit ist motiviert durch persönliche Erfahrungen in einer Beratungsstelle für taube und schwerhörige Personen sowie den regen Austausch mit Therapeuten und Pädagogen, die in diesem Feld arbeiten. In den Gesprächen wurde deutlich, wie wichtig ein professioneller Austausch der Therapeuten untereinander sowie wissenschaftliche Begleitforschung in diesem Feld ist, um die Qualität der therapeutischen Arbeit abzusichern. Hierzu möchte diese Arbeit einen Beitrag leisten.

## 2 Psychotherapie mit tauben Personen

In diesem Kapitel wird einführend auf die Sozialisation tauber Menschen und die besondere Situation von Familien mit tauben und hörenden Mitgliedern eingegangen. Darauf aufbauend werden psychische Störungen bei tauben Personen thematisiert, um anschließend auf das Hauptthema der psychotherapeutischen Praxis mit tauben Menschen einzugehen.

### 2.1 Vorbemerkung zu den Begrifflichkeiten

In dieser Arbeit wird der Begriff „taub“ synonym mit dem Begriff „gehörlos“ verwendet. Aus medizinischer Sicht beschreibt „Gehörlosigkeit“ hinsichtlich der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit den Gegenpol zum Normalgehör – der Zwischenbereich wird als Schwerhörigkeit bezeichnet (Leven, 2003). Die medizinische Kategorisierung von Gehörlosigkeit und (leichter, mittlerer, schwerer) Schwerhörigkeit richtet sich u.a. nach Dezibel Hörverlust oder nach dem Sprachverständnis, wonach beispielsweise der Betroffene bei einer geringgradigen Schwerhörigkeit die Umgangssprache noch in einer Entfernung von mehr als vier Metern verstehen kann (Leven, 2003, S. 15). Darüber hinaus wird medizinisch zwischen prälingual<sup>7</sup> und postlingual ertaubten Personen unterschieden.

Seit den 1980er Jahren gibt es soziale Bewegungen von tauben Personen in Amerika (in Europa hat diese Entwicklung später eingesetzt), sich von dem medizinisch-defizitorientierten Verständnis der Gehörlosigkeit abzuwenden, hin zu einem kulturellen Verständnis als kulturelle und sprachliche Minderheit. In dieser kulturellen Gemeinschaft, auch „Gebärdensprachgemeinschaft“ (Leven, 2003, S. 17) genannt, ist weniger der Grad des Hörverlustes als die gemeinsame (Gebärdens-)Sprache von Bedeutung. Für diese Entwicklung kann die Anerkennung der deutschen Gebärdensprache als vollwertige Sprache im Jahre 2002 als Meilenstein betrachtet werden (ebenda). Ausdruck findet das kulturelle Leben beispielsweise in Vereinen, Landesverbänden und überregionalen „Kulturtagen der Gehörlosen“. Aktuell wird angelehnt an die amerikanische Bezeichnung „Deaf“ für die kulturelle Gemeinschaft unabhängig des Grads des Hörverlustes, auch im deutschsprachigen Raum zunehmend der Begriff „taub“ anstelle von „gehörlos“ verwendet. In dieser Arbeit werden die Begrifflichkeiten „Taubheit“ und „taub“ verwendet, um eine Wertschätzung der kulturellen Gemeinschaft tauber Menschen auszudrücken. Der Begriff „Hörschädigung“ wird als übergreifende Beschreibung von Taubheit und Schwerhörigkeit benutzt. In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der subjektiven Wahrnehmung der Familientherapie bei tauben Personen;

---

<sup>7</sup> D.h. vor dem Spracherwerb, als Referenzalter wird hier das 4. Lebensjahr angegeben (Leven, 2003).

die Ausführungen beispielsweise zur Sozialisation treffen teilweise ebenso auf schwerhörige Personen zu, ohne dies einzeln zu beschreiben.

In dieser Arbeit ist vor allem die Nutzung der Gebärdensprache als primäre Kommunikationsform bedeutsam für die Interaktion zwischen tauben Klienten und Therapeuten innerhalb der Psychotherapie. Natürlich gibt es auch taube/schwerhörige Menschen, die mit hörenden Therapeuten hauptsächlich in Lautsprache kommunizieren, dieser Fall liegt aber nicht im Fokus dieser Arbeit.

## **2.2 Grundlagen zur Kommunikation und Sozialisation tauber Menschen**

Die Grundlagen in diesem Kapitel werden einführend für ein Verständnis von Psychotherapie mit tauben Personen dargestellt. Auf eine ausführliche Darstellung von Theorien zur Entwicklung, Sozialisation und Kommunikation tauber Menschen wird hier aus Platzgründen verzichtet, Hinweise auf die wissenschaftlichen Arbeiten in dem jeweiligen Bereich werden an den betreffenden Stellen im Text gegeben.

### **2.2.1 Allgemeine Grundlagen**

In Deutschland gibt es keine Meldepflicht für Hörschädigungen, deshalb wird die Anzahl der hörgeschädigten Personen anhand von Mitgliederzahlen in Verbänden und Nutzern von technischen Hilfsmitteln geschätzt. Der Deutsche Gehörlosenbund geht von ca. 80.000 tauben Personen in Deutschland aus, was sich mit der Schätzung der WHO von 0,1% der Bevölkerung mit prälingualer Taubheit deckt (Leven, 2003). Die Zahl der schwerhörigen Personen wird auf der Grundlage der Hörgeräteversorgung auf ca. 4 Millionen in Deutschland geschätzt (ebenda).

Bei der Diagnose Schwerhörigkeit und Taubheit im Kindesalter findet meist eine Versorgung mit technischen Hilfsmitteln statt, um die auditive Wahrnehmungsfähigkeit zu verbessern. Als technische Hilfsmittel zur Verbesserung der Hörfähigkeit werden neben Hörgeräten seit 1984 auch Cochlear Implantate<sup>8</sup> (CI) eingesetzt. Auf die zunehmende Implantierung von CIs bei tauben Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen folgten bundesweite Diskussionen zwischen Vertretern der Medizin und der „oralen“ Erziehung von hörgeschädigten Personen<sup>9</sup> auf der einen Seite und der Taubengemeinschaft auf der anderen. Nach Kollien (2006) zeigt sich hier ein ethischer Konflikt zwischen der im Sinne des Empower-

---

<sup>8</sup> Vgl. hierzu Bogner (2008), für medizinische und technische Informationen zum CI siehe „Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e.V.“ (o. J.); für Diskussion des Spracherwerbs mit CI siehe Szagun (2011).

<sup>9</sup> Siehe hierzu z.B. Leven (2003), Schonauer (2002), Hintermair & Tsirigotis (2010)



ments aufstrebenden Taubengemeinschaft und der Medizin, die das Ziel verfolgt, das „Defizit Hörschädigung“ zu beheben. Viele Mitglieder der Taubengemeinschaft fühlen sich durch die einseitige Befürwortung von CI-Implantierung seitens der Mediziner, in ihrer Identität als taube Person bedroht. Im Kern dieses Konflikts gehe es nach Kollien (2006, S.423) letztendlich um das Ergebnis andauernder Verhandlungen über die Umgangsformen zwischen Gehörlosen und Hörenden unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sowie der aktuellen Umwelteinflüsse.

### 2.2.2 Kommunikationsformen tauber Menschen

Eine Mehrzahl der tauben Menschen in Deutschland kommunizieren<sup>10</sup> untereinander überwiegend in der Deutschen Gebärdensprache (DGS). Die DGS hat eine eigene Grammatik, die sich in der Nutzung des dreidimensionalen Gebärdensraums<sup>11</sup> äußert; nach §6 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) („BGG – Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen“, o. J.) ist DGS seit 2002 in Deutschland als vollwertige Sprache anerkannt. Mit dieser Anerkennung wird auch der Anspruch auf Dolmetscher im medizinischen und psychotherapeutischen Kontext im Sozialgesetzbuch (SGB) I §17<sup>12</sup> festgelegt.

Die DGS als eigene Sprache unterscheidet sich nicht nur grammatikalisch von der Lautsprache, sie ist auch stark durch regionale Unterschiede/Dialekte geprägt und bis jetzt ist kein System der Verschriftlichung der Gebärden<sup>13</sup> flächendeckend verbreitet. Dadurch können Informationen in DGS nur face-to-face weitergegeben werden. Da 90% der Eltern von tauben Kindern hörend sind, wird die Gebärdensprache meistens im Kindergarten, Schule oder in Vereinen für taube Menschen gelernt (Leven, 2003).

Das Fingeralphabet wird als Teil der DGS, aber auch losgelöst davon, besonders zum Erklären von unbekannten Begriffen oder Eigennamen benutzt. Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG) werden vor allem im schulischen Kontext verwendet und folgen der Grammatik der Lautsprache (Gotthardt-Pfeiff, 1991; Leven, 2003). Deutsche Lautsprache und Schriftsprache werden von tauben Personen hauptsächlich in der Kommunikation mit hörenden Personen eingesetzt, wobei nur ca. 2% der tauben Personen als lautsprachkompetent (in Schrift und Wort) eingeschätzt werden (Ahrbeck, 1997). Bei prälingual ertaubten Kindern

<sup>10</sup> Zur ausführlichen Darstellung der Kommunikationsformen tauber und schwerhöriger Menschen siehe Sigmund Prillwitz & Vollhaber (1991), Gotthardt-Pfeiff (1991), Leven (2003) und Ahrbeck (1997).

<sup>11</sup> Gebärdensraum wird der körpernahe Bereich bezeichnet, in dem die Gebärden ausgeführt werden („Glossar linguistischer Fachbegriffe“, o. J.).

<sup>12</sup> Siehe „§ 17 SGB I Ausführung der Sozialleistungen“ (o. J.).

<sup>13</sup> Ein Vorschlag zur Verschriftlichung siehe Sigmund Prillwitz (1989).

findet das Erlernen des Sprechens der Lautsprache meist verzögert und durch die fehlende auditive Rückkopplung erschwert statt. Die Rezeption der Lautsprache findet vor allem visuell über das Lippenlesen statt, wobei taube Personen hier zusätzlich auf die Kombination von Kontextinformationen angewiesen sind, da hundertprozentiges Verstehen durch Ablesen nicht möglich ist (Gotthardt-Pfeiff, 1991). Nur 30% der Laute der deutschen Sprache sind durch das Mundbild zu unterscheiden (Leven, 2003). Zusätzlich sind die Informationen zum Klangbild des Gesprochenen über das Ablesen nicht zugänglich, wodurch Informationen über Emotionen, Ironie usw. bei dem Sprecher nicht verstanden werden. Somit birgt das Ablesen ein großes Potenzial für Unsicherheiten und Missverständnisse in der Kommunikation zwischen tauben und hörenden Personen (ebenda). Die Schriftsprachkompetenz wird bei hörenden Kindern aufbauend auf das Lautsprachsystem gelernt. Bei tauben Kindern ist das Erlernen der Schriftsprache durch die Schwierigkeiten in der Lautsprache deutlich erschwert, besonders da ihre Muttersprache, die DGS, eine andere Grammatik verfolgt. In der Schulbahn kann dieser Rückstand häufig nicht aufgeholt werden und viele taube Erwachsene haben weiterhin Probleme im Anwenden und Verstehen der Schriftsprache. Leven (2003, S. 29) stellt diesen Sachverhalt wie folgt dar:

Die Ursachen für die Defizite im schriftsprachlichen Bereich sind in der erschwerten Lautsprachentwicklung zu finden, da das Nichthörenkönnen den natürlichen Erwerb einer Lautsprache verhindert bzw. erschwert. Gehörlose müssen eine Schriftsprache erwerben, ohne – wie Hörende – auf die bereits erworbene gesprochene Sprache zurückgreifen zu können.

### **2.2.3 Häufige Sozialisationsbedingungen tauber Menschen**

Die im Folgenden dargestellten Sozialisationsbedingungen sollen in keinem Bereich *die typische Entwicklung eines tauben Menschen* beschreiben. Es ist eine Zusammenstellung verschiedener Darstellungen in der wissenschaftlichen Literatur. Die Ausführungen stellen keine Verallgemeinerung der individuellen Lebensläufe tauber Menschen dar.

Im Durchschnitt wächst jedes zehnte taube Kind mit tauben Eltern auf, durch die die Gebärdensprache als Muttersprache gelernt werden kann, und eine Sozialisation innerhalb der Familie sowie eine Entwicklung analog zu hörenden Kindern hörender Eltern möglich wird (Ahrbeck, 1997; Jokisch, 2007). In 90% der Fälle wachsen taube oder schwerhörige Kinder

mit hörenden Eltern und Geschwistern auf. Für die Familie ist die Diagnose häufig ein großer Schock und die Trauer um ein hörendes Ideal-Kind muss bewältigt werden (Rien, o. J.a).

Das Aufwachsen eines tauben Kindes in einer hörenden Familie bringt Dynamiken mit sich, die auf die soziale, kommunikative, emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes Einfluss üben. Auf die Familiendynamiken wird weiter unten (Kap. 2.3) eingegangen. Im Folgenden wird der Fokus auf die Entwicklung des tauben Kindes gelegt. Nach Ahrbeck (1997) gehen die Vertreter Piagets davon aus, dass die frühe kognitive Entwicklung keine umfassende Sprache benötigt, vielmehr die Sprache selbst Teil der kognitiven Entwicklung ist. In der weiteren Entwicklung ist ein verfügbares Symbolsystem – unabhängig ob Laut- oder Gebärdensprache – unabdingbar für die weitere kognitive Entwicklung. Taube Kinder hörender Eltern, die nur in Lautsprache kommunizieren, können die minimalen visuellen Merkmale der Lautsprache nicht ausreichend nutzen, um ein eigenes Sprachsystem zu entwickeln (Jokisch, 2007). Auch die Gebärdensprache kann von den meisten Kindern hörender Eltern nicht als komplexes Sprachsystem von klein auf gelernt werden. In solch einer Entwicklung „besteht die Gefahr, dass die Gehörlosen in langen Phasen ihrer Entwicklung in keiner Sprache, weder der Lautsprache noch der Gebärdensprache, wirklich zuhause sind“ (Ahrbeck, 1997, S. 93). Ein fehlendes Sprachsystem kann neben einer verzögerten sprachlichen Entwicklung auch Folgen für die emotionale und psychosoziale Entwicklung des Kindes mit sich bringen.

Eine Kernaufgabe der kindlichen Entwicklung stellt das Ausbilden der so genannten Mentalisierungsfähigkeit<sup>14</sup> dar, die es dem Kind ermöglicht, Affekte bei sich und anderen wahrzunehmen und zu regulieren. „Die Mentalisierung, oder auch Reflexionsfunktion, ist ein unbewusstes, automatisches Verfahren, das es ermöglicht, Verhalten anderer verstehen zu lernen, um es folglich besser einschätzen und vorhersagen zu können.“ (Jokisch, 2007, S. 19) Für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit sind die familiäre Interaktion sowie das Benennen von Intentionen und Emotionen von großer Bedeutung. Das Fehlen einer gemeinsamen Sprache von hörenden Eltern und tauben Kindern führt häufig zu einer Reduktion der Kommunikation auf Konkretes; abstrakte, emotionale oder soziale Inhalte werden aufgrund der Verständigungsprobleme oft nicht thematisiert (Gregory, 1995; Gotthardt-Pfeiff, 1991; Jokisch, 2007). Unter diesen Bedingungen kann die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit tauber Kinder gestört werden, wenn sie über die Kommunikation mit den Eltern kein Konzept von eigenen und fremden Gefühlen und Intentionen aufbauen können.

---

<sup>14</sup> Für eine ausführliche Darstellung des Konzeptes Mentalisierung siehe Fonagy, Gergely, Jurist, Target & Vorpohl (2008).

Schwierigkeiten in der Deutung von Gefühlen können wiederum Einfluss auf Kompetenzen in sozialen Interaktionen nehmen. Deutlich wird hier also die Bedeutung einer gemeinsamen Sprache – Laut- oder Gebärdensprache – von Kind und Bezugsperson, um grundlegende kindliche Entwicklungsschritte gehen zu können. Tauben Kindern tauber Eltern steht von Anfang an mit der Gebärdensprache ein Symbolsystem zur Verfügung, mit dem frühkindliche Erfahrungen und Emotionen sprachlich verankert werden können – vergleichbar mit hörenden Kindern hörender Eltern (Siegmond Prillwitz, 1982). Außerdem werden in einer gemeinsamen Familiensprache soziale Normen und der Umgang mit persönlichen Bedürfnissen und Gefühlen überliefert (Leven, 2003). Den Einfluss einer reduzierten konkretistischen Kommunikation in der Familie auf die Persönlichkeitsentwicklung beschreibt Gotthardt-Pfeiff (1991, S. 22f.) wie folgt:

In der zumeist hörenden Familie als nahezu alleinigen Vorbild und ohne ausreichende Möglichkeiten des kommunikativen Austausches über emotionale Hintergründe, bleiben für das Verhalten und die Gefühle vieler Gehörloser nur die Regeln des guten Benehmens maßgebend. Sie erfahren kaum etwas über die Gründe und Variabilität bestimmter Verhaltensweisen unter der Einbeziehung innerer Empfindungen, statt dessen werden ihnen knapp definierte und starre Verhaltensschemata angeboten.

Gotthardt-Pfeiff (ebenda) folgert daraus, dass jedem tauben Kind ein früher Zugang zur Gebärdensprache ermöglicht werden sollte, die seine persönliche Entwicklung, Sozialisation und auch Schulbildung (in Gebärdensprache) wesentlich erleichtern würde.

Tatsächlich war die Gebärdensprache seit dem 2. Taubstummenlehrerkongress 1880 in Mailand<sup>15</sup> in den Schulen verboten worden mit dem Ziel einer „oralen“ Erziehung der tauben Schüler zur Förderung der Lautsprachkompetenzen (Schonauer, 2002). Diese Entscheidung führte dazu, dass viele taube Schüler aufgrund der Lautsprachorientierung der Schulen ein geringeres Bildungsniveau erreichten, als es ihnen unter konstanter Verwendung der Gebärdensprache in Familien und Schulsystem möglich gewesen wäre.<sup>16</sup> Durch ein geringes Bildungsniveau ist beispielsweise der Zugang zu schriftlichen Informationsquellen erschwert. Dadurch wird das Alltagsleben dieser Personen etwa im politischen Engagement oder dem Umgang mit Problemen der Kindererziehung behindert.

---

<sup>15</sup> Zu den Folgen des Mailänder Kongresses für die tauben Menschen siehe Quandt (2011).

<sup>16</sup> Für ein Beispiel der Rolle der Kommunikation in der Schule siehe den Erfahrungsbericht von Lutz Pepping (Pepping, 2010).

Die Verbreitung der „oralen Methode“ wirkte sehr lange auf das Bildungssystem tauber Schüler in Deutschland nach, sodass es noch heute nur eine Schule in Deutschland gibt, auf der taube Schüler in Gebärdensprache Abitur machen können. Im Vergleich liegt der Anteil der Abiturienten aller tauben Schüler vielfach unter dem Anteil der Abiturienten aller hörenden Schüler (Gotthardt-Pfeiff, 1991). Insgesamt ist seit mehreren Jahren eine Verbesserung der schulischen Situation tauber Kinder und Jugendlicher in Deutschland zu erkennen: Vermehrt werden taube Lehrer eingestellt und damit die Berücksichtigung der Gebärdensprache in der Schule gesichert sowie bilinguale Unterrichtskonzepte<sup>17</sup> etabliert. Seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland im März 2009 wird die Umsetzung der Inklusion<sup>18</sup> für taube Schüler diskutiert.

Weiterführende Informationen zur Sozialisation tauber Menschen sowie Selbsterfahrungsberichte siehe (Gotthardt-Pfeiff, 1991; Leven, 2003; Hintermair, 2007; Harvey, 2003; Hintermair & Tsirigotis, 2010).

Viele taube Kinder, die gegenwärtig geboren werden und bei hörenden Eltern aufwachsen, werden mit einem CI versorgt, wodurch die oben beschriebene Sozialisation nur bedingt auf diese Kinder zutrifft. Für die Familiensituation der Kinder mit CI ergeben sich spezielle Dynamiken, Entwicklungsmöglichkeiten und -schwierigkeiten, die hier nicht weiter erläutert werden. Die obige Darstellung der Sozialisationsbedingungen beschreibt häufige Erfahrungen der tauben Personen, die inzwischen selbst Eltern geworden sind und auf die Sozialisation ihrer eigenen Kinder Einfluss nehmen. Suchen taube Eltern professionelle Hilfe in einer Familienberatung oder Therapie, ist das Hintergrundwissen um die Sozialisationsbedingungen dieser Eltern wichtig für das Verständnis ihres Handelns in der Familie.

#### **2.2.4 Interaktion zwischen tauben und hörenden Menschen**

In den Gehörlosen- und Schwerhörigengemeinschaften können taube und schwerhörige Menschen meist ungehindert kommunizieren. Hier erleben sie sich selbst nicht als defizitär, wie es im Kontakt mit hörenden Menschen der Fall sein kann (Ahrbeck, 1997; Leven, 2003; Schonauer, 2002). In der Gebärdensprache können alltäglicher und privater Austausch sowie Diskussionen ungehindert stattfinden. In ihrem alltäglichen Leben sind taube Personen aber häufig in Kontakt mit hörenden Personen wie in der Schule, am Arbeitsplatz oder bei spontanen Begegnungen in der Stadt (Ahrbeck, 1997). Aufgrund der Kommunikationsschwierig-

<sup>17</sup> Zu bilingualen Konzepten in der Vorschule siehe Siegmund Prillwitz (1991)

<sup>18</sup> Ein Beispiel der Einschulung zweier tauber Grundschüler in Köln siehe „Vibelle TV: An einer Kölner Grundschule werden zwei gehörlose Kinder eingeschult!“ (o. J.)

keiten ist die Begegnung zwischen hörenden und tauben Personen auf beiden Seiten mit Unsicherheiten verbunden (Leven, 2003). Da nur wenige hörende Personen gebärdensprachkompetent sind, stellt die Kompetenz von Laut- und/oder Schriftsprache von Seiten der tauben Person eine Erleichterung für die Interaktion dar. In der Interaktion stellt nach Leven (ebenda, S. 29) die Unsicherheit in der Kommunikation zwischen hörenden und tauben Personen ein Risiko für Missverständnisse dar: das Zugabe des Nicht-Verstehens ist beiderseits schambesetzt; häufig kommt es dadurch im Dialog zwischen hörenden und tauben Personen zu vorschneller Erleichterung über vermeintlich gelungene Kommunikation, auch wenn Missverständnisse bestehen bleiben. In der Interaktion zwischen hörenden und tauben Personen sind außerdem kulturelle Unterschiede wie z.B. der Umgang mit Entscheidungen zu berücksichtigen.<sup>19</sup>

Die Mehrzahl der professionellen Helfer in der gesundheitlichen Versorgung für taube Personen ist hörend. Als hörender Therapeut ist es notwendig, sich über die kulturellen Unterschiede und gegenseitigen Vorurteile bewusst zu werden, um eine gelingende therapeutische Basis zu schaffen. Außerdem sollten erfahrene negative Begegnungen der tauben Personen in der Interaktion mit hörenden Personen im Beziehungsaufbau berücksichtigt werden.

## **2.3 Familien mit tauben Mitgliedern**

In den meisten Fällen wachsen taube Menschen zusammen mit hörenden Eltern und/oder Geschwistern auf. Umgekehrt bekommen viele taube Erwachsene hörende Kinder. Aus diesen Familienkonstellationen ergeben sich spezielle Herausforderungen an die Interaktion in den Familien, die im Folgenden grundlegend dargestellt werden. Der Vollständigkeit halber werden auch Familien mit sowohl tauben Eltern als auch tauben Kindern in Kap. 2.3.2 kurz vorgestellt.

### **2.3.1 Hörende Eltern – taube Kinder**

In den meisten Fällen sind hörende Eltern von der angeborenen oder erworbenen Hörschädigung ihres Kindes sehr überrascht. Laut Hintermair (2005, S. 145) ist durch zahlreiche Studien hinreichend bekannt, dass „die psychische Entwicklung von (hörenden) Eltern wie Kindern gleichermaßen gefährdet ist, wenn die Diagnose ‚Hörschädigung‘ in das Leben der Familie eintritt“.

---

<sup>19</sup> Zur ausführlichen Darstellung der kulturellen Unterschiede siehe „Kulturunterschiede“ (o. J.).

Auf der Seite der Eltern ist mit der Hörschädigung ihres Kindes eine deutliche Veränderung der bisherigen Lebenssituation verbunden, die eine Auseinandersetzung mit neuen Welten erfordert und neue Lebensperspektiven mit sich bringt (ebenda). Im alltäglichen Leben erfahren die Eltern die Veränderung durch eine mehr oder weniger beeinträchtigte Beziehungssituation mit ihrem Kind. Bisheriges Kompetenzerleben in der Erziehung wird durch das Unwissen im Feld der Hörschädigungen zu erlebter Unsicherheit in der Förderung des Kindes. Adäquate pädagogische Angebote für das Kind, die die Aspekte „Familienzentrierung, Ressourcenorientierung, Bedürfnisorientierung und Lebensweltorientierung“ (ebenda, S. 146) fokussieren, können den Eltern in der neuen Situation Entlastung bieten. Die Bearbeitung der Behinderung seitens der Eltern beschreibt Oliver Rien (o. J.a) als Trauerarbeit um den Verlust des „Ideal-Kindes“. Die Bearbeitung der neuen Familiensituation seitens der Eltern stellt eine wichtige Voraussetzung für die psychische Entwicklung des hörgeschädigten Kindes dar (Hintermair, 2005). Generell ist vor allem aus Studien aus dem amerikanischen Raum bekannt, dass hörgeschädigte Kinder in ihrer Entwicklung (sprachlich, kognitiv und sozial-emotional) gefährdet sind (Greenberg & Kusche, 1993). Frühe Interventionen, die auf die Beziehungssicherung des Kindes zu seinen hörenden Eltern abzielen, können als Schutzfaktor für die Entwicklung des Kindes angesehen werden. Das familiäre Umfeld als primäre Sozialisationsinstanz kann sowohl Quelle psychischen Wohlbefindens als auch Ursache für basale psychische Destabilisierung sein. Während in den ersten beiden Lebensjahren die gegenseitige (auch nonverbale) Interaktionsgestaltung zwischen Eltern und Kind entscheidend für die Entwicklung ist, gewinnt im folgenden Lebensabschnitt die Sicherung der kommunikativen Beziehung an Bedeutung. Unabhängig vom sprachlichen Medium wird die Sprache „zum zentralen Regulativ für das Gelingen der weiteren psychischen Entwicklung des Kindes“ (Hintermair, 2005, S. 147).

Begegnet das Kind in seinem familiären Umfeld einer ablehnenden Haltung gegenüber seiner Taubheit, z.B. in Form einer Ablehnung von Gebärden, kann es negative Einstellungen sich selbst gegenüber entwickeln und eine stabile Identitätsentwicklung wird erschwert (Ahrbeck, 1997; Gotthardt-Pfeiff, 1991). Erlebt sich das Kind als isoliert und minderwertig in der Familie, können Aggressivität und Wutausbrüche dieser Ohnmachtserfahrung Ausdruck verleihen. Insgesamt stellt die Eltern-Kind-Beziehung, wie bei hörenden Kindern, vor allem bis zum Schuleintritt einen wesentlichen Einflussfaktor auf die psychische Entwicklung des Kindes dar. Deshalb kann die Eltern-Kind-Interaktion sowohl bei der

pädagogischen Förderung wie auch bei beraterischer oder therapeutischer Unterstützung ein Ansatzpunkt sein (ebenda).

Die Interaktion zwischen hörenden Eltern und tauben Kindern ist in mehrerer Hinsicht herausgefordert. Der Aufbau einer Bindung im Säuglingsalter ist dadurch erschwert, dass taube Kinder ihre Eltern nur nah erleben, wenn diese sich in ihrem Blickfeld befinden, während hörende Kinder auch durch Geräusche die Präsenz der Eltern als beruhigend erleben (Gotthardt-Pfeiff, 1991). Der entscheidende Faktor für eine gelingende Beziehung ist eine gelungene Kommunikation zwischen dem tauben Kind und den hörenden Eltern. Durch Verständigungsprobleme reduziert sich die Kommunikation der Eltern mit dem Kind häufig auf Handlungsregulierung (ebenda). Über 90% der Kommunikation mit tauben Kindern ist konkret und gegenstandsbezogen, während dieser Anteil der Kommunikation mit hörenden Kindern nur 50% ausmacht (Leven, 2003). Gefühle, Intentionen und Konfliktlösungen werden kaum kommunikativ mitgeteilt, wodurch die Modellfunktion der Eltern für die Kinder abnimmt. Eine Mutter eines tauben Jungens beschreibt ihre Verzweiflung über diese Verständnisprobleme wie folgt:

Without any explanation, life may seem to be one arbitrary rule after another. One very common way of getting across to a child that what he is doing is wrong is the formula "If u do that again I'll..." The child knows what he is doing wrong and knows what the consequences will be if he does it again. For many parents it seems totally unfair to punish a child for something he does not know is wrong, and yet it may be impossible to warn a deaf child this way. (Gregory, 1995, S. 3)

Abstrakte Konzepte wie beispielsweise „Zeit“ sind ebenfalls schwer zu kommunizieren: "At first sight, not being able to talk about the past and the future may not seem an overwhelming problem, but it is these sort of conversations that enable a child to see life is continuous and structured" (ebenda, S. 6). Ein weiteres Merkmal, das oft bei hörenden Eltern tauber Kinder beobachtet werden kann, ist die Überbehütung des Kindes, die kindliche Kreativitätsprozesse und Kompetenzerleben hemmen kann (Jokisch, 2007). Diese Beispiele verdeutlichen die Herausforderungen, denen Familien mit hörenden Eltern und hörgeschädigten Kindern in ihrer Interaktion bevorstehen und in welchen Bereichen pädagogische und therapeutische Angebote für die Familien unterstützend wirken können. Dabei gibt es selbstverständlich viele Familien, in denen sich die hörenden Eltern auf die neue Situation einstellen und den genannten Herausforderungen gemeinsam begegnen.



### **2.3.2 Taube Eltern – taube Kinder**

Jedes zehnte taube Kind wird als Kind selbst tauber Eltern geboren. Nach Gotthardt-Pfeiff (1991) und Prillwitz (1982) wird die Einschätzung ihrer sozialen Entwicklung im Vergleich mit tauben Kindern hörender Eltern günstig eingestuft. Durch die Verwendung der Gebärdensprache innerhalb der Familie kann das Kind von klein auf ein komplexes Sprachsystem entwickeln, welches Voraussetzung für emotionale, kognitive und soziale Entwicklung darstellt (siehe oben). Durch die ungehinderte Kommunikation zwischen Eltern und Kind in Gebärdensprache kann das Kind lernen, Emotionen zu differenzieren, Intentionen abzuleiten und im Sinne der Mentalisierung für die Regulierung von Affekten und Handlungen zu nutzen (Jokisch, 2007). Außerdem können die Eltern als Modell im Umgang mit der eigenen Hörschädigung und der Interaktion mit hörenden Personen dienen.

Für die professionelle Beratung/Therapie von Familien mit tauben Mitgliedern sollten den Beratern/Therapeuten die Sozialisationsbedingungen und die Situation der Familie in der Gesellschaft bewusst sein und die Gebärdensprache oder der Umgang mit Dolmetschern beherrscht werden.

### **2.3.3 Taube Eltern – hörende Kinder**

Für hörende Kinder tauber Eltern hat sich der amerikanische Begriff CODA (**C**hildren **O**f **D**eaf **A**dults) auch im deutschsprachigen Raum etabliert. 95% der tauben Elternpaare bekommen hörende Kinder (Harvey, 2003). Das Leben der CODA-Kinder ist von klein auf durch ein Pendeln zwischen den Welten der tauben Eltern und der hörenden Umwelt geprägt (Tratzki, 2002).

Analog zu dem tauben Kind in der hörenden Familie können die tauben Eltern der hörenden Kinder nicht alle Äußerungen der Kindes wahrnehmen, was zu Verunsicherungen auf beiden Seiten führen kann (ebenda). Beispielweise kann ein Kleinkind, das sich außerhalb des Blickfeldes der Eltern verletzt, nicht mit Schreien auf sich aufmerksam machen, sondern muss sich selbstständig in Blickweite der Eltern begeben. Häufig werden CODAs dadurch bereits in früher Kindheit sehr selbstständig. CODAs wachsen in den meisten Fällen zweisprachig mit Gebärdensprache als erster Muttersprache auf, die sie von ihren Eltern lernen, und der Lautsprache als zweite Muttersprache, die sie von hörenden Verwandten oder in pädagogischen Angeboten lernen. Durch das Aufwachsen mit Gebärdensprache ist die innerfamiliäre Kommunikation gesichert und oben beschriebene Modellfunktion kann von den Eltern in der frühen Entwicklung übernommen werden. Intentionen und Emotionen lernt

das Kind zu differenzieren. Aufgrund geringer Schriftsprachkompetenz sind vielen tauben Eltern Erziehungsratgeber und Informationsmaterial zur Entwicklung des Kindes nicht oder nur schwer zugänglich. Zunehmend gibt es Elternratgeber für taube Eltern<sup>20</sup> und Angebote für Elternkurse in Gebärdensprache, um einem Informationsdefizit tauber Eltern zu begegnen und einen Raum für Austausch mit anderen Eltern zu schaffen.

Hörende Kinder tauber Eltern stellen mit zunehmender Entwicklung fest, dass sie sich von ihren Eltern aufgrund des Hörstatus unterscheiden. Abhängig von dem Umgang der Eltern mit ihrer Taubheit können auch die Kinder die Taubheit der Eltern besser oder schlechter akzeptieren. Wie den Eltern tauber Kinder sollte auch den hörenden Kindern tauber Eltern Raum zugestanden werden, um die Taubheit und die Andersartigkeit ihrer Eltern zu betrauern (Tratzki, 2002). In diesem Leben zwischen tauber und hörender Welt brauchen die Kinder Unterstützung für die Ausbildung einer (CODA-)Identität, am besten im Kontakt mit erwachsenen Kindern tauber Eltern, die als Modell im Umgang mit der Situation dienen können. In den meisten Fällen sind CODAs schon sehr früh sehr selbstständig und verantwortungsbewusst, besonders gegenüber ihren Eltern. Mit der Pubertät grenzen sich hörende Kinder tauber Eltern – wie auch hörende Kinder hörender Eltern – zur Ablösung von ihren Eltern ab. Dieser Ablösungsprozess wird häufig erschwert durch eine zu enge Beziehung zu den Eltern, die durch ein hohes Verantwortungsgefühl gegenüber den Eltern geprägt ist (ebenda). Dadurch findet dieser Ablösungsprozess häufig sehr radikal etwa durch eine Verweigerung der Gebärdensprache statt. Das Thema der Verantwortung ist in der Beziehung zwischen tauben Eltern und hörenden Kindern sehr bedeutsam. Manche tauben Eltern sehen in hörenden Kindern die Hoffnung auf eine Erleichterung im Umgang mit der hörenden Welt (Gotthardt-Pfeiff, 1991). Durch ihre Lautsprachkompetenz rücken die Kinder schnell in eine Vermittler- und Dolmetscherposition, die sie der eigentlichen Kinderrolle entrückt. In der Studie „Gehörlosigkeit in Ehe und Familie“ von Gotthardt-Pfeiff (1991) wurden taube Elternpaare zu ihren sozialen Lebensverhältnissen und zwischenmenschlichen Beziehungsformen interviewt. Beinahe alle Elternpaare gaben an, dass die Dolmetscherhilfe ihrer hörenden Kinder für sie eine große Rolle im privaten Bereich spiele. In dieser Familienkonstellation ist es die Aufgabe der Eltern, ihre Rolle als Vater oder Mutter ernst zu nehmen, dem Kind nicht zu früh und nicht zu viel Verantwortung zu übergeben und es mit Aufgaben (wie z.B. dem Dolmetschen von Elterngesprächen in der Schule) zu überfordern.

---

<sup>20</sup> Beispiele für Elternratgeber: Müller & Heinze (2008), Die kleine Elternfibel; Peter, Raith-Kaudelka & Scheithauer (2010), Gemeinsam in zwei Welten leben: Ratgeber für gehörlose Eltern

In der beraterischen und therapeutischen Arbeit sollten diese Dynamiken mit besonderem Fokus auf die Kinder- und Elternrollen dem Therapeuten bekannt sein, um Probleme in der Familienkonstellation zu verstehen.

### **2.3.4 Erziehungsprobleme in Familien mit tauben Mitgliedern**

In der Studie „Gehörlosigkeit in Ehe und Familie“ (Gotthardt-Pfeiff, 1991) berichteten taube Eltern (von überwiegend hörenden Kindern) über typische Probleme, die sie in der Erziehung ihrer Kinder erlebten und nannten folgende Punkte:

- Ungehorsam
- Probleme in der Schule/Ausbildung
- Verständigungsprobleme
- Gesundheit des Kindes
- Kind ist schwer zu belehren
- Probleme der Kinder untereinander

Die geschilderten Probleme treten bis auf „Verständigungsprobleme“ auch bei hörenden Kindern hörender Eltern und tauben Eltern mit tauben Kindern häufig auf. Nur 42% der befragten Eltern gaben an, keine Schwierigkeiten in der Verständigung mit ihren Kindern zu haben. Als Ursachen für die Verständigungsprobleme gaben die Eltern an, „Kind ist schwer zu verstehen“, „Kind bringt schlechte und unbekannte Ausdrücke nach Hause“, „Kind schämt sich deutlich zu sprechen“, „Kind plaudert viel aus“ und „Meinungsverschiedenheiten“. Für Familien mit hörenden Eltern und einem oder mehreren tauben Kindern spielen Verständigungsprobleme in der Erziehung und Beziehung ebenfalls eine große Rolle (siehe Kap.2.3.1).

In der besagten Studie wurde auch erfragt, welche Hilfe sich die tauben Eltern bei Erziehungsproblemen suchten. Dabei wurde deutlich, dass öffentliche Stellen wie Gehörlosenpfarrer und Sozialarbeiter keine große Beliebtheit erfahren. Die befragten Eltern gaben zu 40% an, dass sie sich lieber selbst helfen, als professionelle Angebote in Anspruch zu nehmen; in 26% der Fälle waren die eigenen Eltern (Großeltern der Kinder) die Anlaufstelle bei Erziehungsproblemen.

Für die Familientherapie mit hörend-tauben Familien ist es von Bedeutung, dass die Therapeuten Kenntnisse über die speziellen Familiendynamiken haben (Kap.2.3.1, Kap.2.3.2, Kap.2.3.3) sowie über reguläre familiäre Herausforderungen und Erziehungsprobleme, die unabhängig von den Hörfähigkeiten auftreten können. Ob es gegenwärtig in der

Taubengemeinschaft noch Vorbehalte gegenüber professioneller Unterstützung bei Familienproblemen gibt, lässt sich nicht sicher sagen.

## **2.4 Psychische Störungen bei tauben Menschen**

Menschen in psychischen Krisen benötigen viel Halt und Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld. Darüber hinaus können ambulante oder stationäre Angebote aus dem professionellen Helfersystem Entlastung und Hilfe bieten. Für taube Personen ist der Zugang zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten aufgrund von Kommunikationsproblemen mit hörenden Ärzten und Therapeuten erschwert. Schonauer (2002, S. 1) beschreibt die Situation wie folgt:

Um einem psychisch Kranken diagnostisch, therapeutisch und menschlich gerecht zu werden, sollte man mit ihm kommunizieren und sich zudem ein Bild von der sozialen Realität seines Alltags machen können. Die Verwirklichung dieser Grundvoraussetzungen psychiatrischer Arbeit stellt im Hinblick auf den Umgang mit gehörlosen Patienten besondere Anforderungen.

Diese besonderen Anforderungen an psychiatrische/psychotherapeutische Angebote für taube Personen werden von Gotthardt-Pfeiff (1991, S. 124) genauer ausgeführt: „Um die Psychopathologie in einem derartigen Fall beurteilen zu können, muß als Ausgangsbasis das Wissen um die üblichen psychischen und sozialen Denk- und Verhaltensweisen der Gehörlosen vorhanden sein.“ Wissen über die Kommunikations- und Sozialisationsbedingungen sowie ein Bewusstsein der interkulturellen Dynamiken zwischen hörenden und tauben Personen sind nicht nur für den diagnostischen Prozess, sondern auch für den beraterischen oder therapeutischen Prozess unabdingbar (Glickmann & Harvey, 2008).

### **2.4.1 Prävalenz und Ätiologie**

In der Literatur ist die erste Thematisierung psychischer Störungen bei tauben Menschen im Jahr 1896 bei August Cramer in „Ueber Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen“ zu finden, der eine ausführliche Beschreibung akustischer Halluzinationen bei einem tauben Patienten darstellt (Schonauer, 2002). Im Lauf der Geschichte beschäftigten sich Psychiater vereinzelt mit dem Vorkommen psychischer Störungen, vor allem der Schizophrenie, bei hörgeschädigten Patienten. Kraepelin beispielsweise beschrieb einen „Verfolgungswahn

der Schwerhörigen“ als ein Phänomen, das sich von der „dementia praecox“<sup>21</sup> bei hörenden Patienten unterscheidet (ebenda, S. 13). Im Jahr 1929 wurde von dem tauben dänischen Künstler Hansen erstmalig eine Feldstudie zur Situation tauber Personen in psychiatrischer Versorgung durchgeführt. Hansen fand einen höheren prozentualen Anteil der tauben Bevölkerung in stationärer psychiatrischer Behandlung als bei der hörenden Bevölkerung und folgte, dass taube Personen eine höhere Prävalenz für psychische Störungen haben müssten als hörende Personen. Tatsächlich lässt sich diese Differenz zu einem großen Teil durch die Hospitalisierungszeiten der Patienten erklären, denn taube Patienten haben im Vergleich sehr viel längere stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie (ebenda). Dies wiederum steht im Zusammenhang mit Verständigungs- und Interaktionsproblemen, die sich negativ auf die Behandlung auswirken bzw. diese verlängern. Hansen stellte in seiner Feldstudie die isolierte Situation der tauben Patienten dar und forderte erstmals den Aufbau einer Spezialabteilung für taube Patienten. In den 1950er und 60er Jahren wurden in den USA und Europa die ersten Spezialabteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern eingerichtet (ebenda). Das Phänomen der langen Hospitalisierungszeiten, die mit einer hohen Anzahl von Fehldiagnosen einhergehen, lässt sich bei tauben Patienten in Deutschland bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts beobachten. Mitte der 1980er Jahre wurden die ersten Spezialabteilungen für taube Personen in Lengerich und Erlangen gegründet (Leven, 2003).

Im letzten Jahrhundert wurden vor allem im angloamerikanischen Raum viele Studien veröffentlicht, die hörende und taube Personen bezüglich der kognitiven Entwicklung und der Prävalenz für psychische Störungen<sup>22</sup> vergleichen. Viele Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern zeigten ein bis zu fünf Mal höheres Vorkommen psychischer Störungen bei tauben als bei hörenden Kindern. Zumeist wurden in diesen Studien jedoch diagnostische Instrumente angewendet, die für hörende Kinder konzipiert und normiert wurden, sodass die Ergebnisse der hohen Prävalenz relativiert werden können (Leven, 2003). In der älteren Literatur wurde häufig die Meinung vertreten, dass die kognitive, emotionale und psychische Entwicklung hörgeschädigter Personen zu einem bestimmten Typus zusammenzufassen sei. Leven (2003, S. 133) legt in ihrer Studie dar, „dass hörgeschädigte Menschen nicht durch die Hörschädigung an sich prädestiniert sind, bestimmte Störungen vor anderen zu entwickeln, sondern dass psychische Störungen ähnlich breit wie bei Hörenden auftreten. Es lässt sich kein typisches Profil von psychischen Störungen bei Hörgeschä-

<sup>21</sup> Kraepelin bezeichnete 1896 mit „dementia praecox“ das Krankheitsbild, das von Bleuler später „Schizophrenie“ genannt wurde; diese Bezeichnung hat sich bis heute durchgesetzt (Wittchen & Hoyer, 2011).

<sup>22</sup> Für eine ausführliche Darstellung dieser Studien siehe Leven (2003), Schonauer (2002), Hintermair (2007)

digten ableiten.“ Mit welchen psychischen Erkrankungen sich taube Menschen in ambulante oder stationäre Behandlung begeben, ist in den Ergebnissen der „Lengerich-Studie“ dargestellt (Brosch und Krampert, 1991, nach Leven, 2003, S.61). In Tabelle 1 ist die Diagnosestruktur im Vergleich von ambulanter und stationärer Behandlung dargestellt (ebenda).

Tabelle 1: Diagnosestruktur unterschieden nach ambulanten und stationären Patienten (Lengerich-Studie, Brosch und Krampert 1991) entnommen aus Leven (2003, S.63)

<b>Diagnose</b>	<b>ambulant (N=45)</b>	<b>stationär (N=65)</b>
Nicht zu stellen	13,3%	6,1%
Keine psychiatrische Diagnose	13,3%	0.0%
Psychosen	13,3%	59,1%
Neurosen/Persönlichkeitsstörungen	11,1%	15,1%
Anpassungsst./Belastungsreaktionen	20,0%	9,1%
Störungen des Sozialverhaltens	20,0%	9,1%
(ausschl.) geistige Behinderung	8,9%	0,0%
neurologische Störungen	0.0%	1,5%

Auffällig bei der Verteilung der Diagnosen ist, dass beinahe 59,1% der stationären Patienten eine Psychose diagnostiziert bekommen haben. Schonauer (2002) untersuchte in seiner Studie „Schizophrenien prälingual Gehörloser“ 48 prälingual ertaubte Menschen mit schizophrenen Psychosen in Deutschland und kam zu dem Schluss, dass „gehörlose Patienten schwerer aber nicht anders erkranken als hörende“ (ebenda, S. 165). Schonauer stellt in seiner Studie eine relativ lange Latenzphase (bis Beginn der Behandlung) bei den erkrankten Patienten heraus, die mit erschwerten Zugang zu qualifizierten Psychiatern zusammenhängt, wodurch die Gefahr einer Chronifizierung steigt. Somit hängt der hohe Prozentsatz der Psychose-Diagnose in der Psychiatrie auch in dieser Studie vermutlich mit einer langen Hospitalisierung zusammen. Durch qualifizierte ambulante Angebote kann die Latenzphase verringert und der Chronifizierung und Hospitalisierung entgegengewirkt werden.

Leven (2003, S. 59) stellt weiter dar, dass die Wahrscheinlichkeit, in eine psychische Krise zu geraten, bei schwerhörigen Personen höher als bei tauben Personen sei, da bei Schwerhörigkeit die Gefahr bestehe, zwischen der Welt der hörenden und tauben Personen in eine lebenslange Identitätskrise zu geraten. Für schwerhörige Personen gibt es zudem weniger Spezialangebote als für taube Personen, was zu einer Chronifizierung von psychischen Problemen beitragen kann.

Hinsichtlich der Ätiologie psychischer Erkrankungen kann eine Hörschädigung im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells<sup>23</sup> einen Risikofaktor in der lebenslangen psychischen Entwicklung darstellen. In europäischen Studien wurde gezeigt, dass hörgeschädigte Personen durch die Kommunikationsschwierigkeiten mit ihrer Umwelt mehr Stress erleben als hörende Personen, was als Risikofaktor für die psychische Entwicklung verstanden wird (Leino & Pihavainio, 2002). Hintermair (1994, zit. nach Leven, 2003, S. 47) beschreibt Hörschädigung als ein Lebenserschweris, das ernst genommen werden sollte, aber nicht per se die Entwicklung der Persönlichkeit gefährdet. Vielmehr sei bei tauben Personen die Wahrscheinlichkeit für Belastungen im Lebenslauf erhöht und dadurch die Frage nach personellen und sozialen Ressourcen von besonderer Bedeutung. Leven selbst beschreibt die Ursache von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei tauben Personen als ein Resultat der Überforderung im persönlichen und/oder beruflichen Bereich.

Somit kann zusammengefasst werden, dass eine Hörschädigung durch erlebten Stress (durch Kommunikationsprobleme mit der Umwelt, Ausgrenzung und Ablehnung) als ein Risikofaktor für die psychische Entwicklung des tauben Menschen angesehen werden kann. In diesem Sinne gilt es, personelle und soziale Ressourcen zu aktivieren, um eine gesunde Entwicklung zu unterstützen.

#### **2.4.2 Psychologische Diagnostik: Eine besondere Herausforderung**

Wie in den bisherigen Ausführungen zu psychischen Störungen bei tauben Personen deutlich wird, stellt ein gelingender diagnostischer Prozess die Grundvoraussetzung einer adäquaten Behandlung dar. Im Folgenden werden die grundlegenden Schwierigkeiten der Diagnostik mit tauben Patienten und potenzielle Lösungsmöglichkeiten zusammenfassend dargestellt.

Der diagnostische Prozess in der Psychiatrie wurde von Dörner (1975) als unsicher, da personen- und situationsabhängig, kritisiert. Danach sind schon ohne kulturelle und kommunikative Barrieren Schwierigkeiten in dem diagnostischen Prozess psychischer Störungen zu beobachten. In der Begegnung tauber Personen mit hörenden Ärzten ohne Hintergrundwissen über die Kultur und Kommunikation tauber Personen, wird der Prozess zusätzlich erschwert. Deutlich werden die Schwierigkeiten besonders unter Berücksichtigung der bedeutenden Rolle der Sprache für die psychiatrische Diagnostik von Denkprozessen und Affekten (Ahrbeck, 1997). Leven (2003, S. 76) beschreibt Unkenntnis der Gehörlosengemeinschaft und der spezifischen Sozialisationsbedingungen sowie Kommunikationsproble-

---

<sup>23</sup> Zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell siehe Wittchen & Hoyer (2011)

me als Hauptursache für diagnostische Fehleinschätzungen und Behandlungsschwierigkeiten von nicht-spezialisierten psychiatrischen Abteilungen. Pollard (1994) stellte in einer Studie zur Versorgung und Diagnostik bei psychisch kranken tauben und schwerhörigen Personen fest, dass viele Krankenakten von tauben oder schwerhörigen Patienten vorläufige oder gar keine Diagnosen enthielten. Fehldiagnosen können beispielsweise darin liegen, ein psychotisches Verhalten nicht als ein solches zu erkennen, sondern es der Hörschädigung des Patienten zuzuschreiben. Umgekehrt kann Verhalten, das in der Gebärdensprachgemeinschaft der Norm entspricht, von hörenden Ärzten/Therapeuten als pathologisch eingeschätzt werden. Leven (2003, S. 133) vertritt den Standpunkt, aufgrund der häufigen Fehldiagnosen und unangemessenen Hospitalisierungen in der Vergangenheit, sei von hörgeschädigten Personen als einem „psychiatrieverletzten“ Klientel zu sprechen. Zusammenfassend wird deutlich, dass die Kompetenzen der Allgemeinärzte um Wissen über Kultur und Sozialisation tauber Menschen sowie Kommunikationskompetenzen erweitert werden müssen, um psychische Krisen als solche zu erkennen und spezialisierte Angebote weiterzuempfehlen.

In einer angemessenen Diagnostik gilt es auch, sich von der in der Geschichte verbreiteten Typisierung von „Gehörlosensyndromen“ zu distanzieren. Schonauer (2002) zieht diesbezüglich eine Parallele zur transkulturellen Psychiatrie:

Auch wenn wir psychiatrische Erkrankungen im Umfeld der Gehörlosenkultur betrachten, verfolgen und zu verstehen versuchen, haben wir es mit einer „unity in diversity“ zu tun. Dabei unterliegen wir den Risiken übereilter Analogiebildung. Wir sind auf psychopathologische Begriffe und Definitionen angewiesen, die lautsprachlich geprägt sind, und deren kulturelle Voreinstellung (...) auf hörende Kulturen „ge-eicht“ sind. (S. 13)

In diesem Verständnis kritisieren taube Diagnostiker das fehlende Wissen um die Normalität bei tauben Personen. Es bildet sich also eine Forderung nach mehr tauben Psychologen und Ärzten ab (Leven, 2003). Das Wissensdefizit der hörenden Diagnostiker in diesem Bereich zeigt sich auch darin, dass die meisten diagnostischen Instrumente zum einen überwiegend sprachbasiert sind und zum anderen nur an hörenden Personen normiert wurden (Schonauer, 2002). Für standardisierte Diagnostik ist hier deutlich ein Entwicklungsbedarf zu erkennen.

Im Bereich der systemischen Familientherapie kommt den Diagnosen nach den klassischen Klassifikationssystemen keine so große Bedeutung zu wie in der Behandlung in der Psychiatrie (siehe Kap. 3). Für ein Verstehen der komplexen Familiensysteme ist ebenso wie



in der Diagnostik das Wissen über Sprache, Kultur und Sozialisation der Familien von großer Bedeutung, um Fehleinschätzungen zu vermeiden.

## 2.5 Psychotherapie mit tauben Personen

In diesem Kapitel werden Auszüge aus den grundlegenden Annahmen aus theoretischen und empirischen Studien über Psychotherapie mit hörgeschädigten Menschen aus dem anglo-amerikanischen und deutschsprachigen Raum dargestellt. Auf die spezielle Form der systemischen Familientherapie mit hörend-tauben Familien wird in Kapitel 3.2 genauer eingegangen.

Glickman und Harvey (2008) stellen in ihrem Review der US-amerikanischen Studien über Psychotherapie mit tauben Personen grundsätzlich heraus, dass Ärzte/Therapeuten für eine gelingende Therapie spezielle Fortbildungen und Fähigkeiten erwerben müssen, der Therapieprozess an sich aber ähnlich sei wie bei hörenden Patienten. Diese Grundhaltung zeugt von einem Paradigmenwechsel, der sich von einem medizinisch-pathologischen Modell zu einer kulturell-wertschätzenden Haltung Ende der 1970er Jahren in den USA vollzogen hat. Dieser Wechsel hängt eng mit der Anerkennung der amerikanischen Gebärdensprache *American Sign Language (ASL)* und der Gehörlosengemeinschaft als Subkultur zusammen, woraufhin viele selbst taube und hörende Kliniker den so genannten „culturally affirmative approach“ in der Psychotherapie mit tauben Personen gründeten (ebenda, S. 7). Innerhalb dieser Haltung wird Taubheit nicht als Behinderung in einer Hierarchie zu guter Hörfähigkeit angesehen, sondern als Zugehörigkeit zu einer kulturellen Minderheit betrachtet. In Deutschland wurde die Deutsche Gebärdensprache erst 2002 anerkannt. Jedoch hat der Paradigmenwechsel zu einer kulturell-wertschätzenden Haltung bisher noch nicht in allen Teilen Deutschlands und in allen Berufsgruppen stattgefunden.<sup>24</sup>

Innerhalb der Gruppe hörgeschädigter Patienten ist ein Personenkreis zu erkennen, der ernsthafte Sprachprobleme sowie emotionale und Verhaltensauffälligkeiten zeigt und für die die meisten sprachorientierten psychotherapeutischen Angebote schwerzugänglich sind. In den USA wird diese Gruppe mit dem Verweis auf die schlechte Versorgungslage als „traditionally underserved“ betitelt. Glickman (2009) konzipierte eine Adaption der traditionellen *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)* an die Bedürfnisse von Personen mit Sprach- und Lernschwierigkeiten. Dieses Konzept setzt an den speziellen Bedürfnissen der Personen an, unabhängig von ihrem Hörstatus. Der Schwerpunkt liegt in dieser Form der CBT auf

---

<sup>24</sup> Schlussfolgerung der Verfasserin aus persönlichen Gesprächen auf der Internationalen Fachtagung für PsychologInnen an Einrichtungen für Hör- und Sprachgeschädigte

dem Ausbau psychosozialer Kompetenzen. Auch Leven (2003) beschreibt bei einigen hörgeschädigten Patienten die Ursache der psychischen Probleme in geringen sozialen Fertigkeiten und Informationsdefiziten, die im ersten Schritt ein „Nachlernen“ von sozialen Kompetenzen erfordere.

Glickman und Harvey (2008, S. 14) stellen weiter dar, dass das Verhalten der tauben Patienten nicht unabhängig von ihrem direkten Umfeld verstanden werden kann: "Deaf people could not be understood apart from how they were understood and treated in their families, schools, jobs, network of professional helpers, and the larger society's cultural influence.". In der Psychotherapie mit hörgeschädigten Personen ist die Auseinandersetzung mit den erlebten Bewertungen und Abwertungen (des Umfelds) allgegenwärtig; in der Therapie stellt die Annahme der abgelehnten und abgewerteten Seiten des Patienten den Ausgangspunkt für Veränderung dar (Wirth, 2006, S. 352). Für die Klient-Therapeut-Beziehung sei dabei wichtig, dass der Therapeut von dem Klienten nicht als Teil des gleichen sozialen Systems erlebt wird, durch das die Abwertungen erfahren werden (ebenda, S. 156). Für die Interventionen in der Therapie kann es sinnvoll sein, das soziale und berufliche Umfeld des Klienten mit einzuschließen, da viele Beeinträchtigungen der hörgeschädigten Personen durch ihr Umfeld auf Unwissen über Kultur und Kommunikation hörgeschädigter Personen beruhen. Eine solche Informationsvermittlung stellt eine Gratwanderung hinsichtlich der Schweigepflicht dar, bei der in erster Linie das Vertrauen des Klienten im Mittelpunkt steht (ebenda).

### **2.5.1 Anforderungen an den Therapeuten**

Für den Therapeuten lassen sich bestimmte Anforderungen in der Arbeit mit tauben und schwerhörigen Patienten ableiten. Glickmann und Harvey (2008) beschreiben in einem Rahmenwerk für Berater und Therapeuten mit tauben Klienten drei Hauptdimensionen:

- Selbstreflexion des Therapeuten hinsichtlich kultureller und persönlicher Einstellungen
- Aneignung von speziellem Wissen über die Sozialisation, Kultur und Kommunikation tauber Personen
- Aneignung neuer Fähigkeiten, vor allem in der Kommunikation

Die Selbstreflexion der Therapeuten ist notwendig, damit unreflektierte Vorurteile nicht in die therapeutische Arbeit mit einfließen. Vor allem in einer pathologisch-medizinischen Atmosphäre klinischer Institutionen ist die Reflexion des therapeutischen Handelns von Bedeutung, um dem tauben Patienten in einer kulturell-wertschätzenden Haltung zu begegnen. Mit

der Zugehörigkeit zu der gesellschaftlichen Mehrheit hörender Personen muss man sich als Therapeut bewusst sein, dass "by virtue of the power that comes from your social position you are likely to have unconscious, ingrained attitudes, beliefs and behaviour patterns that people in minority groups find oppressive, whatever your intentions" (Glickmann & Harvey, 2008, S. 16f.). Die Aneignung spezifischen Wissens im Zusammenhang mit dem Thema Hörschädigung beinhaltet vor allem die Bereiche der Sozialisation, Kultur und Kommunikation tauber Personen (siehe ausführliche Darstellung in Kap.2.10). Für die Kommunikation in der Therapie muss sich der Therapeut über die Gefahr der Re-Traumatisierung durch Kommunikationsprobleme bewusst sein. Hemmnisse und Vorurteile gegenüber professionellen Helfern allgemein und hörenden Therapeuten im Speziellen sollten bekannt sein: "Stereotypical images of mental hospitals, and mistrust of hearing mental health providers are not just the product of ignorance and irrationality. They reflect historical experiences so common for deaf people as to have become institutionalized in Deaf folklore." (Ebenda, S. 21) Hinsichtlich der Aneignung neuer Fertigkeiten des Therapeuten stehen Erweiterungen der Kommunikationskompetenzen mit tauben Personen im Mittelpunkt, beispielsweise im Erlernen der Gebärdensprache oder im Umgang mit Gebärdensprachdolmetschern.<sup>25</sup> Auch Leven (2003, S. 3) betont das Prinzip "join the client where he is" und die damit verbundene Forderung nach einer Flexibilität und Bandbreite an Kommunikationsformen. Eine weitere Anforderung an den Therapeuten ambulanter Psychotherapie mit hörgeschädigten Personen stellt die Notwendigkeit dar, Wissen in einem sehr breiten Spektrum psychischer Störungen anzueignen. Therapeuten hörender Patienten spezialisieren sich häufig auf wenige Störungsbilder und weisen hier einen großen Erfahrungsschatz auf; bei Patienten mit anderen Anliegen können Sie auf Fachkollegen verweisen. Therapeuten, die sich auf hörgeschädigte Personen spezialisiert haben, befassen sich mit allen Störungsbildern. Somit müssen Therapeuten für hörgeschädigte Personen nach Leven (ebenda, S. 80) eine Bereitschaft zur ständigen Weiterbildung und Beratung durch andere Kollegen mitbringen.

Die Bedeutung der speziellen Kompetenzen der Therapeuten, die mit tauben Personen arbeiten, formuliert Leven (ebenda, S. 135) wie folgt: „Ohne eine solche interkulturelle Kompetenz des Diagnostikers oder Therapeuten erhöht sich die Zahl der Fehldiagnosen und -behandlungen, sodass in letzter Konsequenz von einem *Pseudoversorgungsangebot* gesprochen werden müsste.“ (Herv.i.O.)

---

<sup>25</sup> Für weitere Ausführungen zur Psychotherapie mit tauben Personen siehe auch Glickman & Gulati (2003) und Harvey (2003)

### **2.5.2 Dolmetscher in der Psychotherapie**

Die Anzahl der tauben oder hörenden Psychotherapeuten mit Gebärdensprachkompetenz ist in Deutschland gering, sodass der Bedarf durch sie allein nicht gedeckt werden kann. Alternativ können taube Personen einen Gebärdendolmetscher in Anspruch nehmen, um mit einem hörenden Therapeuten zusammenzuarbeiten. Das psychotherapeutische Setting mit Dolmetschern fordert von allen Beteiligten bestimmte Kompetenzen, damit der Prozess zufriedenstellend gestaltet werden kann.

Der Therapeut muss die Kompetenz haben, sich in seinem räumlichen Setting und seiner Kommunikation auf die Zusammenarbeit mit dem Dolmetscher einzustellen. Anfängliches Aufkommen von Beurteilungsängsten bezüglich des therapeutischen Handelns und der eigenen Gebärdensprachkompetenz sollte von dem Therapeuten reflektiert werden (Glickman & Harvey, 2008). Auf Seiten des Dolmetschers ist außerdem die Etablierung einer Zusatzqualifikation für den Bereich Psychotherapie/Psychiatrie erstrebenswert (Leven, 2003), denn für das Dolmetschen von Therapien ist Wissen über psychische Erkrankungen und therapeutische Techniken von großer Bedeutung. Bisher, ohne eine solche Zusatzqualifikation, ist daher der Austausch zwischen Therapeut und Dolmetscher von noch größerer Bedeutung, um dem Dolmetscher Wissen über die spezielle psychische Störung und den therapeutischen Prozess vermitteln zu können. Gleichzeitig ist es Aufgabe des Dolmetschers, gebärdensprachliche Auffälligkeiten dem Therapeuten zu beschreiben, da ein Großteil der psychiatrischen Diagnostik über die formale Sprache bewertet wird (ebenda). Dieser Austausch ist notwendig und gleichzeitig mit Vorsicht zu gestalten: Die Balance zwischen notwendigem Informationsaustausch und Erklärungen der Schweigepflicht (Therapeut, Dolmetscher) und Unparteilichkeit (Dolmetscher) muss eingehalten werden. Die Beziehungsdynamik zwischen Therapeut und Dolmetscher hat Einfluss auf den gesamten therapeutischen Prozess und sollte von beiden Seiten dahingehend reflektiert werden. Von Seiten des Patienten ist es bedeutsam, dass dieser einen Dolmetscher auswählt, dem er hinsichtlich der Dolmetschqualitäten und der Schweigepflicht vollends vertraut, damit er sich ungehindert in die Interaktion mit dem Therapeuten begeben kann.

Das Dolmetschen in der Familientherapie stellt für den Gebärdensprachdolmetscher eine besondere Herausforderung dar (Schomberg, 2011): Sehr schnelle Sprecherwechsel und Zwischenrufe durch Kinder erfordern eine schnelle Aufnahme des Zusammenhangs seitens des Dolmetschers und eine klare Struktur und Verortung beim Dolmetschen, sodass alle Beteiligten dem Gesprächsverlauf folgen können. In der Familientherapie hat die Anwesenheit

eines Gebärdendolmetschers auch einen Einfluss auf die Familiendynamik, der von den Therapeuten wahrgenommen und reflektiert werden muss; so kann die Irritation des Familiensystems durch den Dolmetscher auch für den therapeutischen Prozess nützlich sein. Harvey (1984, S. 207) stellt dar, dass ein Gebärdensprachdolmetscher in einer Familie mit einem tauben Kind beispielsweise Familiengrundsätze wie orale Erziehung in Frage stellen kann. Auch hierarchische Strukturen können aufgelöst werden, indem das taube Kind die Möglichkeit hat, sich mittels Dolmetscher eloquent auszudrücken und damit seine hilflose Rolle in der Familie auflöst. Eine weitere Dynamik in der Familientherapie ist die Projektion von Gefühlen der hörenden Familienmitglieder gegenüber dem tauben Familienmitglied auf den Dolmetscher (ebenda). Dieser Dynamiken müssen sich Therapeut und Dolmetscher bewusst sein, um diese Übertragungsmechanismen angemessen zu bearbeiten.

### **2.5.3 Versorgungssituation in Deutschland**

Für die stationäre Versorgung von hörgeschädigten Personen in psychischen Krisen stehen seit den 1980er Jahren zwei psychiatrische Spezialabteilungen in Erlangen und Lengerich zur Verfügung. Am Fachkrankenhaus Uchtspringe gibt es eine psychiatrische Spezialabteilung für hörgeschädigte Kinder und Jugendliche (Leven, 2003). Darüber hinaus gibt es drei Rehabilitationseinrichtungen in Rendsburg, Bad Grönenbach und Bad Berleburg (Wirth, 2006). Einer aktuellen Liste<sup>26</sup> aller Psychologischen Psychotherapeuten, die mit hörgeschädigten Patienten in ambulanter Praxis arbeiten, zufolge sind momentan 14 Therapeuten/innen in eigener Praxis tätig. Zusätzlich gibt es mehrere private Therapeuten und Erziehungsberatungsstellen, die auch Beratung/Therapie in Gebärdensprache anbieten.

Leven (2003) zufolge ist die Anzahl der ambulanten Psychotherapeuten bisher nicht ausreichend, um frühzeitig Interventionen anzubieten, die stationäre Aufenthalte verhindern können oder eine adäquate Nachsorge nach einem stationärem Aufenthalt stellen. Da die stationären Behandlungen oft wohnortsfern stattfinden, ist ein großer Bedarf an regionalen ambulanten Angeboten zu erkennen, die Vor- und Nachsorge von stationären Aufenthalten abdecken können. Auf diesem Wege könnten Chronifizierungen von psychischen Krankheiten und lange Leidenswege verhindert werden. Für den Ausbau eines regionalen psychotherapeutischen/psychiatrischen Angebots spricht auch die systemische Therapierichtung, die einen Einbezug der Familie und des sozialen Umfelds in die Therapie einzelner Personen fordert (ebenda).

---

<sup>26</sup> Zugänglich unter „Therapie&Reha – Taubenschlag, das deutsche Portal für Hörgeschädigte“ (o. J.)

Beim Ausbau des Angebots ist besonderer Wert auf die Ausbildung selbst hörgeschädigter Personen zu legen. „Damit wäre nicht nur eine kommunikative Verbesserung für hörgeschädigte Menschen im psychotherapeutischen/psychiatrischen Setting, sondern ebenso eine interkulturelle Kompetenz – wie sie verstärkt auch für Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal im Umgang mit Migranten gefordert wird – gewährleistet.“ (Leven, 2003, S. 135)

In einer Befragung tauber Therapeuten (Gulati, 2003) stellen diese eine Reihe von Fähigkeiten, Erfahrungen und Wissen dar, die einen Vorteil gegenüber hörenden Therapeuten in der Arbeit mit hörgeschädigten Personen bieten. Gleichzeitig werden auch hörenden Therapeuten Vorteile zugeschrieben. In einer idealen Versorgungslage wäre eine Vielzahl hörender und tauber Psychotherapeuten zugänglich, aus denen die Patienten gemäß ihrer Präferenz wählen könnten (ebenda).

### **3 Systemische Familientherapie mit hörend-tauben Familien**

In den bisherigen Ausführungen wurden Grundlagen zu der Sozialisation, Kommunikation und Psychotherapie mit tauben Menschen dargestellt. Der Evaluationsgegenstand dieser Arbeit, die Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ ist in ihrer therapeutischen Arbeit systemisch ausgerichtet. Um die theoretische Basis der Arbeit in der Erziehungsberatungsstelle darzustellen, wird im ersten Teil dieses Kapitels die grundlegende Haltung systemischer Familientherapie beschrieben. Im zweiten Teil wird der Fokus auf die systemische Therapie mit hörgeschädigten Menschen gelegt.

#### **3.1 Grundlagen systemischer Familientherapie**

Die Entwicklung der systemischen Familientherapie begann in den 1940er Jahren mit den ersten Bemühungen, die Familie in die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit einzubeziehen. Bis heute hat sich die Familientherapie, unter Einfluss verschiedener Personen und Ansätze, zu einer systemischen Therapie/Beratung entwickelt (Schlippe & Schweitzer, 2007). Die systemische Beratung wird neben dem klinischen Kontext auch in anderen Kontexten, beispielsweise der Organisationsberatung, eingesetzt.

In den USA entwickelte sich die Familientherapie aus praktischen Erwägungen: In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen erwies es sich als sinnvoll, die Eltern bzw. Sorgeberechtigten, die eine juristische und soziale Verantwortung gegenüber ihren Kindern innehatten, mit in die Therapie einzubeziehen. Prägend für diesen Schritt war auch die typische Erfahrung der Therapeuten, dass eine Verhaltensänderung des Kindes oder Jugendlichen in der Familie starke Verunsicherung auslöst. Die Familie fühlt sich in dem status quo, der trotz Leid auch Sicherheit bietet, mit der Veränderung durch die Verhaltensänderung eines Familienmitglieds gefährdet und antizipiert eine Verschlechterung durch die Veränderung (Kriz, 2009). Unter diesem Aspekt ist ein Einbezug aller bedeutsamen Familienmitglieder in die Therapie unverzichtbar, um eine Kooperation, die Veränderung ermöglicht, zu etablieren (ebenda). Anfänglich war die familientherapeutische Praxis vor allem psychoanalytisch geprägt – ein deutscher Pionier der familientherapeutischen Arbeit war Horst-Eberhardt Richter. Richter beschäftigte sich u.a. mit den Auswirkungen von psychischer Erkrankung der Eltern auf ihre Kinder.<sup>27</sup> Aus den praktischen Erfahrungen der Familientherapeuten entwickelten sich verschiedene Ansätze, die sich unter „systemischer Therapie/Beratung“ zusammenfassen lassen:

---

<sup>27</sup> Siehe hierzu u.a. Richter (1970)

Im Kern [ist] ein psychotherapeutischer Ansatz gemeint, der sich während seiner rund 60-jährigen Geschichte von einer am Mehrpersonen-Setting orientierten Praxisologie zu einer systemtheoretisch fundierten Konzeption entwickelt hat, bei der „Familie“ primär als konzeptionelle Matrix für kognitiv repräsentierte, historisch und biografisch essenzielle Deutungs- und Interaktionsmuster verstanden wird. (Kriz, 2009, S. 223)

Wie aus Kriz' Definition erkennbar ist, lässt sich keine einheitliche Definition *der* systemischen Therapie/Beratung formulieren. Vielmehr wird unter diesem Begriff eine therapeutische Richtung zusammengefasst, die theoretische Wurzeln in der Systemtheorie hat und in der Praxis Ideen und Methoden der verschiedenen Ansätze kombiniert anwendet. In den nächsten Abschnitten wird zuerst auf die Entwicklung verschiedener Ansätze innerhalb der systemischen Therapie eingegangen, um in Anschluss daran die zugrunde liegenden Theorien zu beschreiben – diese Reihenfolge beschreibt die Entwicklung der praxisorientierten Familientherapie zur theoriebasierten systemischen Therapie. Abschließend werden grundlegende systemische Interventionen dargestellt.

### **3.1.1 Verschiedene Ansätze in der systemischen Therapie/Beratung**

Im Folgenden werden die Grundgedanken einzelner systemtherapeutischer Ansätze dargestellt, die das Spektrum dieser Therapierichtung verdeutlichen.<sup>28</sup>

Grundgedanke der *Strukturellen Familientherapie* (nach Salvador Minuchin) aus den 1970er Jahren ist die Einteilung der Familie in Subsysteme wie beispielsweise das elterliche, das eheliche und das geschwisterliche Subsystem (Kriz, 2009). Die Abgrenzung oder Durchlässigkeit der einzelnen Subsysteme stellen die Familienstruktur dar und haben Einfluss auf jedes Individuum in der Familie. Umgekehrt beeinflusst auch das Verhalten eines einzelnen Mitglieds die Familienstruktur. Veränderungen in der Familienstruktur haben also Einfluss auf Veränderungen der inneren Prozesse der Individuen und werden somit zum Ansatzpunkt der Therapie (ebenda). Innerhalb der Familie kommt beispielsweise der Abgrenzung des elterlichen Subsystems eine bedeutsame Rolle zu, um den Kindern keine Elternfunktionen zu übergeben und sie damit zu überfordern. Wie oben beschrieben, kommt dieser Abgrenzung insbesondere bei Familien mit tauben Eltern und hörenden Kindern (CODA-Familien) eine besondere Bedeutung zu, um die Kinder nicht zu überfordern (vgl. Kap. 2.3.3).

---

<sup>28</sup> Für eine ausführliche Darstellung der einzelnen Ansätze siehe (Schlippe, 2010)



Der *Erlebnisorientierte* oder *Erfahrungszentrierte Ansatz* ist Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts wesentlich von Virginia Satir (1990) geprägt und an die humanistische Psychologie angelehnt. Grundhaltungen von Autonomie, Wachstum und Begegnung sind in diesem Ansatz zentral. Im Zentrum stehen die Erfahrungen der Familienmitglieder – sowohl vergangene Erfahrungen sind als Kontext für das gegenwärtige Geschehen von Bedeutung, als auch die gegenwärtigen Erlebnisse (Kriz, 2009). Satir stellt den Zusammenhang von Selbstwert und Kommunikation in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Selbstwert als intrapsychische Größe ist Voraussetzung für individuelles Wachstum; Satir ist überzeugt, „daß der entscheidende Faktor für das, was sich in einem Menschen abspielt, die Vorstellung von dem eigenen Wert ist, die jeder mit sich herumträgt (...)“ (Satir, 1985, S. 38). Das Gefühl des Selbstwertes ist nach Satir erlernt durch die Interaktionen und Kommunikation in der Familie. „Gefühle von positivem Selbstwert können nur in einer Atmosphäre gedeihen, in welcher individuelle Verschiedenheiten geschätzt sind, in welcher Fehler toleriert werden, wo man offen miteinander spricht und wo es bewegliche Regeln gibt (...)“ (ebenda, S. 44). Weiter beschreibt Satir die innerfamiliäre Kommunikation als Methode zum verändern des Selbstwertes. Unter Berücksichtigung der oft erschwerten Familienkommunikation in Familien hörender Eltern und hörgeschädigter Kinder (vgl. Kap.2.3.1) ist die Entwicklung eines positiven Selbstwertes der tauben oder schwerhörigen Kinder nach Satir gefährdet.

Der *strategische Ansatz* prägte die familientherapeutische Praxis vor allem in den 1970er und 80er Jahren. Bei diesem Ansatz steht die Dynamik des gesamten Familiensystems im Zentrum der Betrachtung und der Interventionen, die Probleme der einzelnen Mitglieder finden in der Therapie wenig Beachtung. Die Symptome einzelner Familienmitglieder sind nach diesem Ansatz durch die Familienstruktur und -kommunikation aufrechterhalten und können somit allein durch eine Veränderung der Familienstruktur auch aufgelöst werden. Dieser Ansatz beruht auf der Übertragung des Modells der Kybernetik (1. Ordnung) auf die Familie, wodurch die Familien als regelgeleitete Systeme verstanden werden (Kriz, 2009).

Seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts findet der Konstruktivismus in den Geistes- und Sozialwissenschaften zunehmend Verbreitung. Diese Strömung hatte auch auf die Systemische Therapie Einfluss und brachte eine Modifikation der bisherigen Ansätze mit sich. Angelehnt an den Konstruktivismus steht bei dem *narrativen Ansatz* der Grundgedanke im Mittelpunkt, dass die Wahrnehmungen von Realität und von Problemen in der Familie „wesentlich durch Konstruktionen und Beschreibungen bestimmt sind“ (ebenda, S. 240). Im nar-

rativen Ansatz wird das Individuum mit seiner Konstruktion der Familienrealität ins Zentrum gerückt. In dieser Sichtweise wird auch die Konstruktion des Therapeuten von der Familie in die Behandlung mit einbezogen – womit Therapeut (Beobachter) und Familie (Beobachtete) nicht mehr klar zu trennen sind.<sup>29</sup> Damit geht ein Wandel einer distanzierten Haltung des Therapeuten zu einer gemeinsamen Konversation einher. Die Kernaufgabe des Therapeuten ändert sich von einer inhaltlichen Analyse des Systems Familie zu einer Prozessbegleitung. Eine Richtung innerhalb des narrativen Ansatzes wurde von Steve de Shazer geprägt: die Lösungsorientierte Kurzzeittherapie, bei der der Fokus auf die Ressourcen der Familien gelegt wird, Probleme nicht analysiert, sondern Lösungen fokussiert werden (ebenda).

### **3.1.2 Der theoretische Boden der systemischen Therapie**

Die systemische Therapie(n) wurde(n) wesentlich von den Strömungen der Systemtheorie beeinflusst.<sup>30</sup> Willke (1993, S. 282) definiert ein System als:

einen ganzheitlichen Zusammenhang von Teilen, deren Beziehung untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver sind als ihre Beziehungen zu anderen Elementen. Diese Unterscheidung der Beziehungen konstituiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt des Systems trennt.

Systeme lassen sich weiter nach *innen* in Subsysteme unterteilen, die die Stabilität des Gesamtsystems fördern. Gleichzeitig ist ein System nach *außen* in ein größeres System eingebettet. So kann beispielsweise die Familie in verschiedene Subsysteme eingeteilt werden (s.o.) und gleichzeitig ist die Familie selbst Teil größerer Systeme wie der Gemeinde oder der Gesellschaft. Ein System ist weiter durch bestimmte implizite oder explizite Regeln bestimmt, die den Verhaltenmöglichkeitsraum der Mitglieder beschreiben (von Schlippe & Schweitzer, 2007). Der Kommunikation kommt in Sozialen Systemen eine zentrale Rolle zu; auch Regeln werden explizit oder implizit über Kommunikation aufrechterhalten. Kriz (2004) stellt in der Personenzentrierten Systemtheorie das Individuum in einen Zusammenhang mit den Regelmäßigkeiten eines sozialen Systems: Interaktionen in dem System werden als persönlicher Ausdruck der Individuen beschrieben (ebenda). Diese individuellen Prozesse, auf denen die Interaktionen beruhen, werden allgemein als Kommunikation be-

---

<sup>29</sup> Dieser Zusammenhang wird auch Kybernetik zweiter Ordnung genannt (Kriz, 2009; von Schlippe & Schweitzer, 2007).

<sup>30</sup> Zu den systemtheoretischen Grundlagen siehe Schlippe & Schweitzer (2007, S. 49ff.); Kriz, (1999)

schrieben mit der Unterscheidung zwischen kommunikativen Handlungen (efferente Kommunikation), Wahrnehmungen (afferente Kommunikation) und Gedanken und Gefühlen (selbstreferente Kommunikation) (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 74). Eine Störung in einem dieser Bereiche kann zu einer Störung der gesamten Kommunikation innerhalb des Systems führen – diese Störungen in der Kommunikation können in der Familientherapie Ansatzpunkt für Interventionen und Veränderungen des Systems werden.

Die erkenntnistheoretische Grundlage neuerer systemischer Richtungen stellt der Konstruktivismus dar,<sup>31</sup> im Zentrum steht die Frage, wie Menschen aktiv an ihrer eigenen Erfahrungswelt beteiligt sind. Bezogen auf die Familie wird nach dem Sozialen Konstruktivismus davon ausgegangen, dass die Kommunikation innerhalb der Familie eine gemeinsame Realität der Mitglieder schafft (Schlippe & Schweitzer, 2007). Diese Haltung wird vor allem von den Vertretern des narrativen Ansatzes unterstützt und versucht, in der Praxis über Interventionen die Unterschiede in den Wahrnehmungen der einzelnen Mitglieder offenzulegen, um Veränderung zu ermöglichen.

Die systemtheoretische und konstruktivistische Grundhaltung hat für die therapeutische Praxis Einfluss auf die Konzepte von „Kausalität“ und von „Problemen“. Hinsichtlich der Kausalität wird davon ausgegangen, dass in einem Familiensystem Veränderungen eines Teils des Systems zu Änderungen in anderen Teilen des Systems führen. Somit wird nicht von linearer Kausalität, sondern von einer zirkulären Wechselwirkung ausgegangen. Teile eines Familiensystems und anderen sozialen Systemen wirken zu jeder Zeit in Wechselwirkung aufeinander; „in sozialen Systemen ist von der Rekursivität sozialer Prozesse auszugehen“ (von Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 90). Lineare Ursache-Wirkungs-Zuschreibungen werden aufgrund dieser komplexen Wechselwirkungen in der systemischen Therapie als „unzulässige Verkürzung“ angesehen (Schlippe, 2010, S. 21). Für die Rolle des Therapeuten bedeutet das, dass auch die Wirkung seiner Interventionen nicht im Voraus zu antizipieren ist, denn er wird mit der Intervention selbst Teil des komplexen Wechselwirkungsgefüges. Daher ist in dem Bereich der systemischen Therapie nicht von einer „Behandlung des Problems/Symptoms“ die Rede, sondern von einer Irritation/einem Anstoß eines Systems, die es möglich macht, neue Muster innerhalb der Familie auszubilden. Hinsichtlich des Verständnisses von *Problemen* unterscheidet sich die systemische Therapierichtung von anderen psychotherapeutischen Verfahren wie der Verhaltenstherapie. In dem systemischen Ansatz wird nicht die Ansicht vertreten, dass die Person, die ein Symptom zeigt, „krank“ ist, sondern

---

<sup>31</sup> Zur Einführung in den Konstruktivismus siehe Gumin & Meier (2006)

vielmehr als Träger des Symptoms dient, das als Warnsignal der ganzen Familie verstanden wird (von Schlippe & Schweitzer, 2007). Probleme einer Familie werden nicht als Dysfunktionalität angesehen, sondern als Folge einer Verkettung verschiedener Umstände. Die Frage nach der Ursache wird bedeutungslos und dadurch verliert auch der Schuldbegriff innerhalb der Familie (beispielsweise die psychogene Mutter) an Bedeutung (ebenda). Daran anschließend stehen lösungsorientierte Interventionen im Zentrum des systemtherapeutischen Handelns. Auf verschiedene Arten wird versucht, zu einem „nicht-Problem-Zustand“ mit der Familie zu gelangen: Initiierung neuer Prozesse, positive Umdeutung bisheriger Prozesse, Akzeptanz von Unveränderbarem (Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 104). Einige Vertreter betonen das Potenzial von Veränderung durch ein Verständnis der Bedeutung eines Symptoms für die Familie. Boeckhorst (1988, S. 24 nach Schlippe & Schweitzer, 2007, S. 109) beschreibt für die Rolle eines Symptoms für das Familiensystems vier Ansatzpunkte:

- Das Symptom kann auf eine ineffektive Lösung eines Problems hinweisen.
- Das Symptom hat eine Schutzfunktion, in dem es beispielsweise von anderen Konflikten ablenkt.
- Das Symptom verschafft dem Symptomträger innerhalb der Familie Macht.
- Das Symptom kann auf andere Probleme in der Familie hinweisen.

Ein Verständnis von der Bedeutung des Symptoms für das Familiensystem kann von großer Bedeutung sein, um Widerstände gegen Veränderungen in der Familie aufzulösen. Die Ableitungen der dargestellten Grundhaltungen für die Praxis werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

### **3.1.3 Systemische Interventionen**

Die Interventionen in der systemischen Therapie sind so vielfältig wie die verschiedenen Ansätze und Denkrichtungen. Die meisten Ansätze lassen sich aber in den Grundannahmen und ihren Zielsetzungen der Interventionen zusammenfassen:

Grundlegend wird jede Familie in ihrer Einzigartigkeit wertgeschätzt. Dies äußert sich in der Ressourcenorientierung des systemischen Handelns, die den Fokus auf das Stärken des Familiensystems und lösungsorientierte Interventionen setzt (Schlippe & Schweitzer, 2007). Die Praxis der systemischen Therapie ist geprägt von der Zielsetzung den Möglichkeitsraum für die Klienten zu erweitern – somit stehen Techniken, die den Möglichkeitsraum einschränken wie Tabus oder Verbote dem systemischen Handeln entgegen (ebenda). Das Hypothesisieren und die Zirkularität sind weitere Grundsätze systemischer Interventio-

nen. Hypothesenbildung in der systemischen Arbeit dient der Ordnung von Informationen und der Anregung der Familie, dabei steht bei der Aufstellung der Hypothesen deren Nützlichkeit im Vordergrund. Zirkuläres Denken und Fragen dient in der systemischen Praxis dazu, der Familie die gegenseitige Wechselwirkung durch einen Perspektivwechsel sichtbar zu machen (ebenda).

Für die konkrete Umsetzung gibt es eine Vielzahl von systemischen Methoden/Techniken zum Kontaktgestalten, Hypothesenbilden, Visualisieren von Zusammenhängen, systemischen Fragen, Ressourcenaktivierung u.a..<sup>32</sup>

### **3.1.4 Die Rolle des Therapeuten**

In Anbetracht der Methodenvielfalt liegt die Annahme nahe, dass die Aufgabe eines systemischen Therapeuten/Berater lediglich in der Anwendung des Methodenkoffers bestehe. Schlippe (2010, S. 90) betont jedoch, die Familientherapie bestehe vielmehr aus der Verwirklichung einer Haltung als der Anwendung von Techniken. Die Persönlichkeit des Therapeuten stellt den grundlegendsten Faktor für eine gelingende Interaktion in der Therapie dar (ebenda). Für die Nutzung der Ressource „Persönlichkeit“ in der Therapie ist die Selbsterfahrung des Therapeuten unumgänglich, um reflektiert mit seinen Einstellungen und Haltungen umzugehen und Gegenübertragungsphänomene als solche zu erkennen. Weiter wird die bedingungslose Wertschätzung des Gegenübers und Selbstachtung des Therapeuten als Teil der therapeutischen Haltung angesehen (ebenda). Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) fasst in ihren Ethikrichtlinien Grundhaltungen und Werte der systemisch Tätigen zusammen („Ethik-Richtlinien – DGSF“, o. J.):

Die Grundhaltung systemischer BeraterInnen, TherapeutInnen, SupervisorInnen und WeiterbildnerInnen ist gekennzeichnet durch Achtung, Respekt und Wertschätzung gegenüber einzelnen Personen und Systemen. Dies beinhaltet die Akzeptanz einzelner als Person und die Allparteilichkeit gegenüber den zum System gehörenden Personen, unabhängig von deren Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, Kultur, Status, sexueller Orientierung, Weltanschauung und Religion. Die KlientInnen werden als ExpertInnen für sich und ihre Lebensgestaltung gesehen. Sie werden zur Entdeckung und selbstbestimmten Nutzung eigener Ressourcen angeregt, dabei unterstützt und begleitet. (S.1)

---

<sup>32</sup> Für eine ausführliche Darstellung siehe Flückiger & Wüsten (2008); Schwing & Fryszer (2006); Schlippe & Schweitzer (2007, 2009).

Die Grundhaltungen von Respekt und Wertschätzung ermöglichen eine Beziehung zwischen Therapeut/Berater und Patient/Klient auf Augenhöhe. Die *Allparteilichkeit* gegenüber den einzelnen Familienmitgliedern unterstützt eine kooperative Zusammenarbeit der einzelnen Mitglieder mit dem Therapeuten sowie innerhalb der Familie.

Systemische Beratung/Therapie wird in vielen verschiedenen Settings mit einer Vielfalt von Methoden angewendet. Daraus resultiert für den systemischen Berater eine notwendige Rollenvielfalt und Flexibilität (Schwing & Fryszer, 2006). Schwing & Fryszer stellen angelehnt an Antony Williams vier Dimensionen der Rolle eines systemischen Beraters dar, die je nach Situation passend für die Interaktion mit dem Klienten sind: „Teacher“, „Faciliator“, „Consultant“ und „Evaluator“. Die Aufgabe des Teachers ist in erster Linie die Vermittlung von Informationen und das Erklären von Zusammenhängen, außerdem ist der Berater in dieser Rolle Begleiter beim Einüben neuen Verhaltens. Die Rolle des Informationsvermittlers kann beispielsweise bei tauben Eltern eine große Rolle spielen, falls diese durch eine schlechte Schriftsprachkompetenz erschwerten Zugang zu Informationen (beispielsweise über Erziehung, kindliche Entwicklung, etc) haben. In der Rolle des „Faciliators“ geht es darum, dass der Therapeut dem Klienten Raum gibt, über sich und sein Problem zu reden, ohne ihn zu Veränderung zu drängen. Unter „Consultant“ wird die typische Rolle des systemischen Beraters verstanden, der mittels verschiedener Techniken (Genogramm, zirkuläres Fragen, etc.) neue Perspektiven mit der Familie/dem Klienten erarbeitet und zu verantwortlichem Handeln ermutigt. In der Rolle des „Evaluator“ gibt der Berater den Klienten Feedback in Form von unmittelbaren Wahrnehmungen oder auch wertenden (lobenden oder kritischen) Kommentaren.

Die Ausführungen zu den Grundhaltungen innerhalb der systemischen Therapie machen die Vielseitigkeit, Flexibilität und das Potenzial dieses therapeutischen Ansatzes sichtbar. Im nächsten Abschnitt wird dargestellt, wie dieser Ansatz sich auf die Arbeit mit Familien mit hörgeschädigten Mitgliedern anwenden lässt.

### **3.2 Systemische Familientherapie mit hörend-tauben Familien**

Die bisherigen Ausführungen zu der systemischen Therapie/Beratung lassen sich auf die Arbeit mit Familien mit hörgeschädigten Mitgliedern übertragen. Stärker als bei Familien mit nur hörenden Mitgliedern steht hier die Familie als Teil eines größeren Systems im Mittelpunkt der Betrachtung. Wenn ein taubes Kind in der Familie ein Symptom entwickelt, sind neben der Wechselwirkung mit der Familie auch die Schulsituation, professionelle

Helfer (Audiologen, Ärzte, etc.), gesellschaftliche Haltungen (beispielsweise über Gebärdensprachgebrauch) mit in die Betrachtung einzubeziehen. Harvey (2003, S. 7) nutzt für die Beschreibung eines Systems, das sowohl Ganzes als auch Teil eines größeren Ganzes ist, das Modell der „hierarchy of biopsychosocial systems“. Das symptomatische Verhalten ist in die Komplexität dieses biopsychosozialen Gefüges eingebettet und kann auch nur in dieser Komplexität verstanden und verändert werden. Die verschiedenen Ebenen der biopsychosozialen Hierarchie nehmen mit jeder nächsthöheren Ebene an Komplexität zu (siehe Abbildung 1), so sind im Inneren die biologischen und psychologischen Gegebenheiten des Individuums beschrieben und am äußersten Rand sind gesellschaftliche und spirituelle Zusammenhänge angeordnet (ebenda).

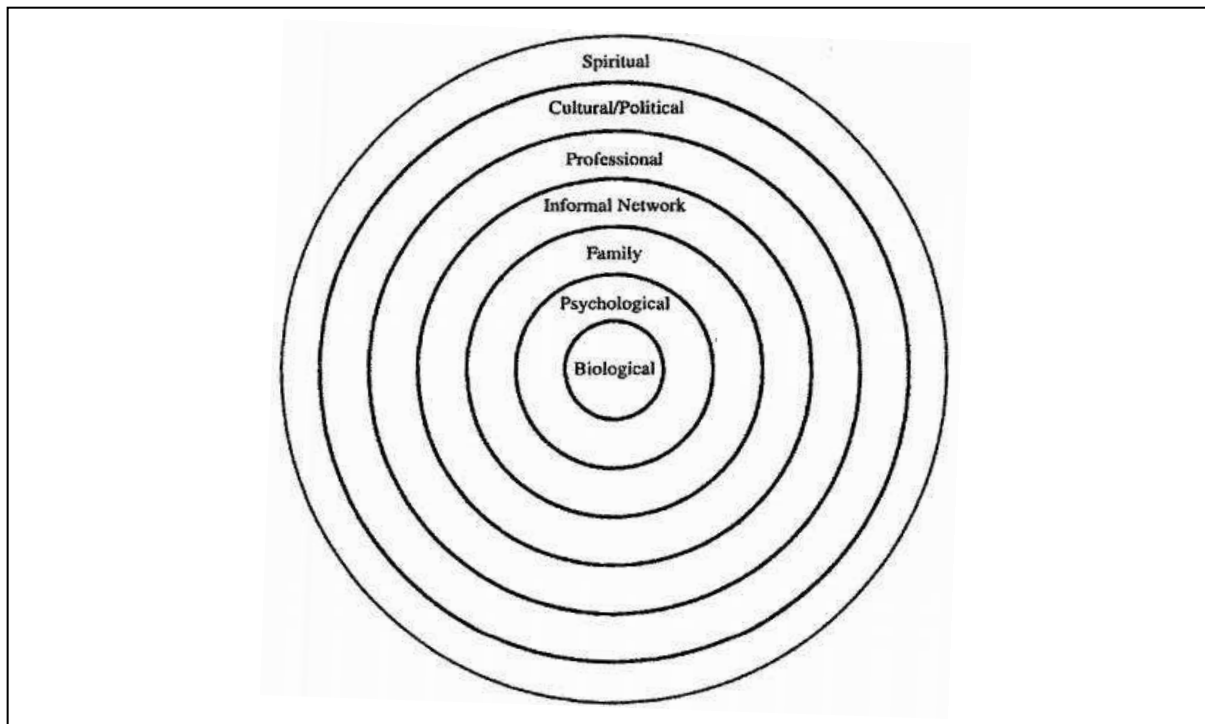


Abbildung 1: Modell ‚biopsychosocial hierarchy‘ entnommen aus Harvey (2003, S. 7)

Das Modell dient als Hilfestellung zum Verständnis des Familiensystems. Symptome können auf allen Ebenen dieses Modells auftreten; die Ebenen sind miteinander verschachtelt und beeinflussen sich gegenseitig. Die verschiedenen Ebenen sind beispielsweise bei einer hörenden Familie mit einem tauben Kind, das symptomatisches Verhalten zeigt, wie folgt zu betrachten (ebenda, S. 7ff.):

*Biologische Ebene:* Grad, Ätiologie der Hörschädigung und die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln sowie körperliche Krankheiten werden auf dieser Ebene beschrieben.

*Psychologische Ebene:* Die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung sowie das Temperament haben Einfluss auf die psychische Verfassung der Person sowie auf den persönlichen Umgang mit der Taubheit.

*Familie:* Die Familie stellt das wichtigste Umfeld für die Entwicklung des Kind bis zur Pubertät dar; Haltungen und Umgang mit der Hörschädigung innerhalb der Familie prägen das Selbstbild des tauben Kindes entscheidend. Das taube Familienmitglied beeinflusst gleichzeitig hörende Geschwister, Eltern und weitere Verwandte, wie es auch von diesen beeinflusst wird.

*Informale Netzwerke:* Informelle Netzwerke wie Freundeskreise und Vereine können für die Eltern eine emotionale Unterstützung bieten. Für die tauben Kinder werden diese Netzwerke in Form von Peergroups ab der Pubertät von großer Bedeutung.

*Professionelle Ebene:* Familien mit tauben Mitgliedern sind häufig in der ganzen Entwicklung des Kindes eng mit professionell Tätigen wie Ärzten, Audiologen, Pädagogen, Dolmetscher usw. verbunden, die jeweils ihre professionelle Haltung zu der Erziehung und Versorgung tauber Personen haben und großen Einfluss auf die Haltung der Eltern gegenüber ihrem tauben Kind nehmen können. Deutlich wird dies beispielsweise an der Debatte um laut- oder gebärdensprachliche Erziehung.

*Kulturelle/Politische Ebene:* Die gesellschaftlichen Haltungen gegenüber Taubheit und die damit verbundenen politischen Entscheidungen haben großen Einfluss auf die Situation der Familie und die Entwicklung des Kindes. Viele Barrieren, die taube Personen im Alltag erleben, sind in einer gesellschaftlichen Haltung von Taubheit als Behinderung begründet. Demgegenüber bietet das kulturelle Leben in der Gebärdensprachgemeinschaft Identifikationsmöglichkeiten für taube Personen, die wichtig für die Persönlichkeitsentwicklung sind.

*Spirituelle Ebene:* Die spirituelle Einstellung einer Person oder Familie hat ebenfalls Einfluss auf die Entwicklung der einzelnen Mitglieder und auf die Veränderungsmöglichkeiten.

Das biopsychosoziale Hierarchiemodell bietet eine Möglichkeit, die Komplexität der Systeme um die einzelne Person und um die Familie zu strukturieren. In der familientherapeutischen Arbeit mit hörend-tauben Familien ist diese Verwobenheit der Familie mit den anderen Ebenen zu berücksichtigen, da diese sowohl förderlich als auch hinderlich auf die Veränderung des Familiensystems reagieren können.



In der familientherapeutischen Praxis mit hörgeschädigten Familienmitgliedern sind die Therapeuten häufig mit Kommunikationsbarrieren innerhalb der Familie konfrontiert (Harvey, 2003). Für das therapeutische Setting muss dementsprechend eine Kommunikationsform gefunden werden, die allen Mitgliedern entspricht. In der direkten Kommunikation mit einzelnen Familienmitgliedern stellt sich der Therapeut seinen Fähigkeiten angemessen auf orale oder gebärdensprachliche Kommunikation des Gegenübers ein. Häufig werden in therapeutischen Sitzungen mit der ganzen Familie mit hörenden und tauben Mitgliedern Dolmetscher hinzugezogen, um die intrafamiliäre Kommunikation zu gewährleisten.<sup>33</sup> Besonders bei der systemischen Familientherapie ist die Rolle des Dolmetschers in dem biopsychosozialen System der Familie und konkret in der Therapiesitzung zu reflektieren, bisherige Kommunikations- und Interaktionsmuster der Familie werden durch den Dolmetscheinsatz häufig irritiert und zu einer Neuorientierung angeregt (ebenda). Selbst wenn der Therapeut selbst gleichzeitig auch Gebärdensprachdolmetscher ist, sollte er diese Rolle nicht ausüben solange er die Behandlung leitet, um Rollenkonflikte zu vermeiden.

Aus den Darstellungen der allgemeinen Grundlagen der systemischen Therapie und der Anwendung auf Familien mit hörgeschädigten Mitgliedern lassen sich zwei Dinge schließen: Zum einen wird deutlich, dass sich die systemischen Grundgedanken gut eignen, um die Komplexität der Wechselwirkungen in dem Lebensumfeld tauber Personen zu verstehen; zum anderen wird die Herausforderung an den Therapeuten deutlich, die Kommunikation in einem Setting mit hörenden und tauben Mitgliedern sensibel zu gewährleisten und dabei die Folgen auf die Interaktion im Familiensystem zu berücksichtigen. Für beide Bereiche gilt, dass, wie schon in Kapitel 2 erläutert, ein Wissen über Kommunikation und Sozialisation tauber Personen für die therapeutische Arbeit von großer Bedeutung ist.

---

<sup>33</sup> Zu der Arbeit von Dolmetschern in der Therapie siehe Kap. 2.5.2.

## **4 Evaluation systemischer Familientherapie mit hörend-tauben Familien**

Die vorliegende Arbeit entstand in einer Zusammenarbeit zwischen der Verfasserin und den Therapeutinnen der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“. Der thematische Fokus der Arbeit begründet sich zum einen in dem Interesse der Therapeutinnen an einer Reflexion der eigenen Tätigkeit und der Frage nach der Zufriedenheit der Klienten. Zum anderen ist sie in dem Fehlen wissenschaftlicher Begleitforschung in dem Gebiet der psychologischen Hilfen für hörgeschädigte Menschen in Deutschland begründet.

Wissenschaftliche Forschung im Bereich der allgemeinen Familientherapie ist bereits in vielen Ländern zu finden. MyWey, James und Smock (2005) sehen die Notwendigkeit der Forschung im Bereich der Ehe- und Familientherapie neben dem Wettbewerb um finanzielle Ressourcen im Gesundheitssystem auch in dem Interesse begründet, ein besseres Verständnis der Arbeit der Therapeuten und des Erlebens der Klienten zu bekommen. Die wissenschaftliche Begleitforschung spezieller Therapieangebote für taube Menschen ist bisher vor allem im amerikanischen und europäischen Ausland zu finden: Beresford, Greco, Clarke und Sutherland (2008, S. 12) führten im Auftrag des „Department of Health“ in England die Evaluation eines neuen psychosozialen Angebots für hörgeschädigte Kinder und ihre Familien durch. Sie betonen die Bedeutung der Evaluationsforschung im Bereich spezialisierter psychosozialer Hilfsangebote: "Clearly more research is needed to explore the experiences of families from minority groups in terms of mental health support." (Ebenda, S. 21) Leino und Pihavainio (2002) führten eine Evaluation eines Spezialangebots in Finnland durch. Die Ergebnisse betonen die Notwendigkeit von Qualifikation des Fachpersonals in der Arbeit mit tauben Kindern sowie die psychologische Ausbildung hörgeschädigter Personen, um den Bedürfnissen tauber Kinder und ihrer Familien zu entsprechen. Insgesamt wurde die Notwendigkeit von Spezialangeboten bestätigt und ein weiterer Ausbau empfohlen, da die herkömmlichen therapeutischen Angebote für hörende Personen die Bedürfnisse von tauben Kindern und ihren Familien nicht ausreichend befriedigen können (ebenda).

In Deutschland wird momentan im „Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie e.V.“ ein Projekt zur Ehe- und Familienberatung für gehörlose und hörgeschädigte Menschen in Bayern durchgeführt. Ziel des Projektes ist es, in der Zusammenarbeit mit drei Beratungsstellen in Bayern die besonderen Bedürfnisse tauber und schwerhöriger Menschen an die Beratungssituation zu erfassen („Studie zur ,Ehe- und Familienberatung für gehörlose und hörgeschädigte Menschen in Bayern“, o. J.). Dieses Projekt wird zur Qualitätssicherung der Beratungsangebote für hörgeschädigte Personen beitragen und es ist

wünschenswert, dass ähnliche Projekte an anderen Standorten in Deutschland umgesetzt werden.

#### 4.1 Psychotherapieforschung: Auf der Suche nach Wirkfaktoren

Die Erforschung der Wirksamkeit von Psychotherapie wird durch zwei Motive vorangetrieben, die sich mit der Forderung von MyWey et al. (2005) decken: zum einen fordern die Kostenträger effiziente und transparente Therapie; zum anderen treibt der Wunsch der Psychotherapeuten selbst nach einer Praxisreflexion die Therapieforschung an (Köbberling & Lux, 2007). Bis dato liegen eine Vielzahl internationaler, empirischer Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen vor, die generell die Wirksamkeit von Psychotherapie bestätigen (Pfammatter & Tschacher, 2012). Somit steht nicht die Frage *ob* sondern *wie* die Psychotherapie wirkt im Zentrum des Forschungsinteresses. Im Feld der Psychotherapieforschung haben sich zwei gegensätzliche Standpunkte herausgebildet: das spezifische Wirkmodell und das allgemeine Wirkmodell (ebenda). Die Vertreter des spezifischen Wirkmodells gehen davon aus, dass spezifische Methoden der jeweiligen Therapierichtung, die sich aus dem jeweiligen Störungsverständnis ableiten, wirksam sind – z.B. Reizkonfrontation in der VT oder der „leere Stuhl“ in der Gestalttherapie. Diesem Verständnis liegt ein kausaltherapeutisches Modell zugrunde, das mit einer medizinischen Sichtweise von Behandlung einhergeht. Dahingegen wird in dem allgemeinen Wirkungsmodell von Wirkfaktoren ausgegangen, die implizit in allen Therapieverfahren zur Anwendung kommen. Pfammatter und Tschacher (2012, S. 71) stellen eine Liste der allgemeinen Wirkfaktoren zusammen, die in der Literatur beschrieben werden – hierunter sind u.a. die Therapiebeziehung, Abschwächung sozialer Isolation, Besserungserwartung, Veränderungsbereitschaft, Ressourcenaktivierung, affektives Erleben und Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartungen beschrieben. In der Literatur sind weiter verschiedene theoretische Ansätze zu Oberkategorien der allgemeinen Wirkfaktoren zu finden: Lambert und Ogles (2004, nach Pfammatter & Tschacher, 2012, S. 70) unterscheiden *allgemeine unterstützende Faktoren* (beispielsweise die Therapiebeziehung), *allgemeine Lernfaktoren* (beispielsweise die Einsicht) und *handlungsbezogene Faktoren* (beispielsweise Übungen). In einer Studie mit Psychotherapieexperten von Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn und Wampold (2003) wurde über den Grad der Ähnlichkeit verschiedener allgemeiner Wirkfaktoren eine Kategorisierung auf zwei grundlegenden Dimensionen herausgestellt: Die erste Dimension bildet internale Prozesse bei Therapeut und Patient ab, mit den Konstrastpolen *emotionales Erleben* und *Denkprozesse*. Die

zweite Dimension beschreibt den Therapieprozess mit den Polen *therapeutisches Handeln* und *therapeutische Rahmenbedingungen*.<sup>34</sup>

Pfammatter und Tschacher (2012) stellen in ihrem Artikel zur Psychotherapieforschung dar, dass es empirische Belege sowohl für den Standpunkt der spezifischen Wirkfaktoren als auch der allgemeinen Wirkfaktoren gibt. Allgemeine Wirkfaktoren entfalten sich im therapeutischen Handeln, das wiederum durch spezifische Methoden geprägt ist. „Spezifische Wirkfaktoren sind daher ein wichtiges Vehikel zur Mobilisierung allgemeiner Wirkfaktoren.“ (Pfammatter & Tschacher, 2012, S. 73) Die Autoren folgern, dass spezifische und allgemeine Wirkfaktoren als Teil eines komplexen, dynamischen Therapieprozesses anzusehen sind. Die Psychotherapieforschung hat sich dieser Komplexität im Sinne eines synergetischen Modells der Wirkfaktoren zu stellen und die Forschungsmethoden dementsprechend anzupassen (ebenda).

## 4.2 Grundannahmen der Evaluationsforschung

Im Folgenden werden Grundannahmen der Evaluationsforschung dargestellt, die für diese Arbeit von Bedeutung sind. Anschließend werden der Evaluationsgegenstand, die Evaluationskriterien und Ziele vorgestellt.

Evaluation wird allgemein verstanden als ein Prozess der Bewertung eines bestimmten Gegenstandes anhand festgelegter Evaluationskriterien (Gollwitzer & Jäger, 2009). In dieser Arbeit ist der zu bewertende Evaluationsgegenstand die systemischtherapeutische Arbeit mit hörend-gehörlosen Familien in der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ des Erziehungshilfevereins Hamburg. Die Evaluationskriterien, anhand derer die Beurteilung stattfindet, sind zum einen die subjektiv erlebten Veränderungen durch die Therapie und zum anderen die Akzeptanz/Zufriedenheit mit der Beratung. Die qualitative Evaluation erfolgt anhand von Repertory Grid-Interviews mit KlientInnen, die die Beratung bereits abgeschlossen haben oder in der Abschlussphase der Beratung sind.<sup>35</sup> Da die Beratung abgeschlossen ist oder in naher Zukunft abgeschlossen wird, ist diese Arbeit als summative Evaluation zu bezeichnen. Die Ergebnisse können in einem zweiten Schritt zu einer Weiterentwicklung der laufenden therapeutischen Arbeit in der Erziehungsberatungsstelle beitragen, wodurch die Evaluation auch formativen Charakter annimmt.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Für eine grafische Darstellung der Dimensionen siehe Tracey et al. (2003, S. 407).

<sup>35</sup> Genauere Darstellungen der Auswahl der Interviewpersonen und des Vorgehens siehe Kap. 6.

<sup>36</sup> Zur detaillierten Darstellung theoretischer Grundlagen zu summativen und formativen Evaluationen siehe Gollwitzer & Jäger (2009).

Müller-Kohlenberg (1997) beschreibt den grundlegenden Zweck von Evaluationen im Bereich sozialer Dienstleistungen in der Verbesserung der Praxis. Weiter betont sie die Bedeutung der NutzerInnenperspektive, da „die Sicht der NutzerInnen in vielen Fällen ein wichtiges Korrektiv für professionelles Handeln ist“ (H. Müller-Kohlenberg & Kamman, 2000, S. 120). Um sich die Perspektive der NutzerInnen, hier der KlientInnen der Erziehungsberatungsstelle, erschließen zu können, wird der Fokus auf qualitative Methoden gelegt, da dies dem subjektiven Relevanzsystem der Nutzer die Chance gebe, sich darzustellen (ebenda, S. 114). Qualitative Methoden eignen sich zum einen besonders, da sie der Subjektivität des Wirksamkeitserleben sozialer Dienstleistungen gerecht werden; zum anderen sind Veränderungsprozesse und Wirkungserleben nicht immer direkt kommunizierbar und die Offenheit qualitativer Methoden bietet den Interviewpartnern Raum, Unerwartetes und Unbewusstes/Abgewehrtes darzustellen (ebenda; Müller-Kohlenberg, 1997).

#### **4.3 Der Evaluationsgegenstand: Die Beratungsstelle „sichtbar!“**

Allgemeine Annahmen zur therapeutischen Arbeit mit hörend-tauben Familien wurden bereits ausführlich erörtert (siehe Kap. 2). Beispielhaft für eine Institution, die systemisch mit hörend-tauben Familien arbeitet, wird in dieser Arbeit die Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ dargestellt.

Die Beratungsstelle „sichtbar!“ wurde 2003 als Teil des gemeinnützigen Trägers Erziehungshilfe e.V. Hamburg für Familien mit schwerhörigen und gehörlosen Kindern und Eltern gegründet. Die Mitarbeiterinnen sind hörend und gehörlos, gebärdensprachkompetent und im Bereich der systemischen Familientherapie und der Kindertherapie fortgebildet. In der Selbstbeschreibung stellt sich die Beratungsstelle wie folgt dar:

Sichtbar! berät Kinder und Eltern in Konfliktsituationen, die durch Sprachbarrieren entstehen. Wir stehen den Familien auch bei Konflikten mit dem Umfeld zur Seite, die sich durch die Hörbehinderung ergeben. Allgemeine Erziehungsfragen können hier ebenso Thema sein wie Alltagssituationen. Wir passen unsere Kommunikation den Bedürfnissen der Familie an. („Erziehungshilfe e.V. Hamburg“, o. J.)

Aus der Selbstbeschreibung wird deutlich, dass in der Begegnung mit den KlientInnen der Fokus auf den besonderen Kommunikationsbedürfnissen liegt, auf die die Beratungsstelle eingehen kann.

#### 4.4 Evaluationskriterien und Ziele dieser Arbeit

Im Diskurs mit den Therapeutinnen der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ wurden das *subjektive Erleben* der KlientInnen allgemein, die *Zufriedenheit* der KlientInnen mit der Beratung und die Beschreibung von *Veränderung* zur Bewertung der therapeutischen Arbeit festgelegt.

Das Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der folgenden Fragen, die das Evaluationsinteresse abbilden; die Beantwortung erfolgt durch die Erfassung der genannten Kriterien in den Interviewdaten.

- Welche Verhaltensweisen oder Eigenschaften von TherapeutInnen stellen sich als bedeutsam im Zusammenhang mit der Beratung/Therapie heraus?
- Werden von den InterviewpartnerInnen Veränderungen beschrieben im Rückblick auf die Beratung/Therapie? Wenn ja, welche?
- Sind die KlientInnen zufrieden?
- Beziehen sich die KlientInnen auf spezielle Bedürfnisse in der Beratung im Zusammenhang mit der Hörschädigung?

Die Ergebnisse der Diplomarbeit sind gleichzeitig Ausgangspunkt für eine Diskussion mit den Therapeutinnen der Erziehungsberatungsstelle, die unter folgenden Gesichtspunkten erfolgen kann: In wieweit kann die Wahrnehmung der Therapeutinnen von der eigenen Arbeit durch die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigt oder erweitert werden? Welche Schlüsse ergeben sich aus der Diskussion für die Praxis? Die Ergebnisse dieser Diskussion sind nicht Gegenstand dieser Diplomarbeit.

## **5 Methodisches Vorgehen**

In diesem Kapitel werden die Wahl und der Hintergrund der Repertory Grid-Methode sowie ihre Anwendung bei tauben Personen und in der Therapieevaluation dargestellt. Abschließend wird die Güte des Vorgehens diskutiert.

### **5.1 Methodenwahl: Subjektives Erleben im Zentrum des Interesses**

Im Beratungs- bzw. Therapieprozess ist nach Carl Rogers (2001) das einführende Verstehen des Patienten, das Erkennen der Sicht des Patienten auf die Welt, eine der ausschlaggebenden Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie. Für das kommunikative Verhalten der Therapeuten bedeutet das, in der „psychotherapeutischen Begegnung zeichnet sich die Aktivität des Therapeuten vor allem durch seine Fähigkeit aus, die Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren persönliche Bedeutung präzise und sensibel zu erfassen“ (Rogers, 2001, S. 23).

Angelehnt an Rogers Annahmen wird das Vorgehen dieser Arbeit in der Erwartung begründet, dass die gewonnenen Einblicke in die subjektiven Erlebniswelten der Klienten Basis für eine wissenschaftliche und praxisnahe Reflexion der therapeutischen Arbeit sein können; eine Anpassung des therapeutischen Handelns an die persönlichen Erfahrungen der Klienten wird möglich.

Eine Methode, mit der es möglich ist, subjektive Erlebniswelten in Form von persönlichen Konstrukten abzubilden, ist die Repertory Grid-Methode. Ein exploratives Vorgehen mittels der Repertory Grid-Methode ermöglicht eine „Explikation subjektiver Bedeutungsmuster(n)“ (Vollmer, Wehner, & Clases, 2008) – hier bezüglich der erlebten Therapie. Die Repertory Grid-Methode baut auf der Theorie der Persönlichen Konstrukte von George Kelly auf, die im Folgenden skizziert wird.

### **5.2 Theorie der persönlichen Konstrukte und Repertory Grid-Methode – ein Zugang zu subjektiven Erlebnisräumen**

George A. Kelly (1986) beschreibt in seiner Persönlichkeitstheorie, wie Menschen ihre Umwelt in „persönlichen Konstrukten“ abbilden. Diese persönlichen Konstrukte sind kognitive Muster, die aufgrund von Erfahrungen konstruiert werden, und die wie „transparente Muster oder Schablonen“ (ebenda, S. 22) fungieren, durch die die äußere Welt wahrgenommen wird. Die persönlichen Konstrukte dienen der Vorhersage und Kontrolle von Ereignissen und wirken sich somit auf die Richtung des Verhaltens der Person aus. Jedes Individuum

sieht die Realität folglich „in Begriffen seines persönlichen Konstruktsystems“ (Scheer & Catina, 1993a, S. 15). Diese subjektive Konstruktion der Welt ist einer ständigen Prüfung und Anpassung an neue Erfahrungen unterworfen (Scheer & Catina, 1993a).

Im Rahmen seiner Theorie der persönlichen Konstrukte entwickelte Kelly die Methode des „Role Construct Repertory Test (Rep Test)“ (Kelly, 1991, S. 152), um im klinischen oder präklinischen Kontext etwas über die persönlichen Konstrukte von Personen herauszufinden. Das Vorgehen des Rep Test findet seit Kelly bis heute als Repertory Grid-Interview/-Technik/-Methode in verschiedenen klinischen und wissenschaftlichen Bereichen Verwendung (Fransella, Bell & Bannister, 2004). Detaillierte Ausführungen zum Ablauf des Repertory Grid-Interviews siehe Kapitel 6.4.

In den Ausführungen zur Theorie der Persönlichen Konstrukte und der Repertory Grid-Technik bei Kelly (1986) sowie Scheer und Catina (1993a) wird deutlich, dass es sich um eine ideografische Methode handelt, bei der der Fokus auf den subjektiven Erfahrungen der befragten Individuen liegt. In den Begriffen der Theorie der Persönlichen Konstrukte beschreiben Fransella, Bell und Bannister (2004, S. 7) die Erforschung der persönlichen Konstrukte wie folgt: "When we attempt to look at the world through another's eyes, we are attempting to understand what their construing leads them to expect from their world of people and events."

In der vorliegenden Arbeit wird die Repertory Grid-Technik angewendet, um die persönlichen Konstrukte der Klienten über die erlebte Familientherapie zu erforschen. Ausgehend von den erhobenen persönlichen Konstrukten werden zentrale verbalisierte Bewertungskategorien der Klienten gesammelt, um die Evaluationsziele (siehe Kap. 4) dieser Arbeit zu realisieren.

### **5.3 Repertory Grid-Interviews in der Evaluation von Therapien**

Kelly ging davon aus, dass mit einem Veränderungsprozess in der Therapie auch ein Prozess der „Rekonstruierung“ der persönlichen Konstrukte als Abbild der Erfahrungen einhergehe (1955, nach Winter, 1992, S. 453). Dadurch entsteht die Möglichkeit, einen Veränderungsprozess des Klienten während der Therapie durch den Vergleich zweier Repertory Grid-Interviews vom Beginn und Ende der Therapie abzubilden. Die Repertory Grid-Technik wird auf verschiedene Art und Weise in der Evaluation von Therapien eingesetzt (Scheer & Catina, 1993b). Burns, Hunter und Liebermann (1980) stellen in „A repertory grid study of therapist/couple interaction“ anhand eines Fallbeispiels einer Ehe-Therapie dar, wie sich die



Veränderung der gegenseitigen Wahrnehmung der Ehepartner im Verlauf der Therapie auch in einer Veränderung der Grid-Daten erkennen lässt. Nach Winter (1985, S. 154) eigne sich die Repertory Grid-Technik für die Evaluation von Therapieprozessen, da sie auf der einen Seite objektive Maße in der Analyse der Ergebnisse ermöglicht und auf der anderen Seite flexibel auf individuelle Themen des Patienten in der Therapie angepasst werden kann. Außerdem erfasst das Repertory Grid individuelle Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster einer Person, in welchen sich Veränderungen sensibel erkennen lassen. Deshalb kann das Verfahren nach Willutzki (1993) für die Untersuchung von Veränderungen in der Therapie eingesetzt werden.

In der vorliegenden Diplomarbeit wurden mit drei KlientInnen Interviews nach Abschluss der Therapie bzw. in der Endphase durchgeführt. Inhaltlich wurden das subjektive Erleben und die Bewertung der Therapie auf einer Metaebene thematisiert – konkrete familiäre Probleme wurden nicht thematisiert.

#### **5.4 Repertory Grid-Interviews mit tauben Menschen**

Kelly stellt in seiner Persönlichkeitstheorie dar, wie Erfahrungen sich in persönlichen Konstrukten über die Welt abbilden und somit auf die Wahrnehmung und das Handeln der Person wirken. Die Alltagserfahrungen tauber und hörender Personen unterscheiden sich häufig grundlegend, was sich auch in den Konstruktsystemen tauber und hörender Personen abbildet (Rodrigues, 2007). Rodrigues zeigt auf, wie unterschiedliche Konstruktsysteme tauber und hörender Personen bezüglich des Themas Taubheit ein gegenseitiges Verstehen erschwert. Dadurch kann auch die Qualität der professionellen Begegnung zwischen hörenden und tauben Menschen im psychologischen/medizinischen Kontext gefährdet werden. Sie stellt in ihrer Arbeit dar, wie sich Kellys Theorie der Persönlichen Konstrukte eignet, um das interkulturelle Verständnis in der Zusammenarbeit von hörenden und tauben Personen zu fördern:

With a means to identify the ways in which deaf people construe themselves and hearing people, and the ways in which hearing people construe deaf people, Personal Construct Theory allows for the possibility of a resolution of the contradictory views that have resulted in serious consequences for deaf health and quality of life. (ebenda, S. 164f.)

Bezogen auf die vorliegende Arbeit wird mit der Theorie der Persönlichen Konstrukte der Rahmen gespannt, in dem das subjektive Erleben der Familientherapie aus Klientensicht untersucht wird. Ein Einblick in die persönlichen Konstrukte der Befragten über die vergangene Therapie bietet analog zu Rodrigues' Untersuchung potenziell die Möglichkeit, das Konstruktsystem der Therapeutinnen bezüglich ihrer therapeutischen Arbeit zu erweitern.

Die persönlichen Konstrukte werden in dieser Arbeit mit der Repertory Grid-Methode erhoben. In verschiedenen Studien wurden mittels der Methode bereits Interviews mit tauben Personen durchgeführt. Gordon (1977) untersuchte mit einem Role Repertory Grid die Konstruktsysteme tauber Jugendlicher; in der Studie zum Thema Inklusion von Jarvis, Sinka und Iantaffi (2002) wird die Repertory Grid-Methode eingesetzt, um die persönlichen Konstrukte tauber Schüler über ihre Regelschule zu erheben. In Gordon's Studie wurden die Elemente als Cartoons auf vorgegebenen Konstrukten eingeschätzt, bei der zweiten Studie wurden die Konstrukte im Einzelinterview erhoben. In beiden Studien wurde in Gebärdensprache kommuniziert.

Albertini (2006) reflektiert in seinen ethischen Überlegungen zur Forschung im Kontext von Hörschädigung die verschiedenen Rollen, die Forscher und Teilnehmer im Forschungsprozess innehaben. Mit der Rollenübernahme gehe auch ein Machtgefälle vom Forscher zum Teilnehmer mit einher, das Einfluss auf die Ergebnisse nimmt, beispielsweise im Übersetzungsprozess hier von Laut- in Gebärdensprache und umgekehrt: „Wer das gebärdensprachliche Material erhebt und übersetzt und inwieweit der gebärdensprachkompetente Teilnehmer den Zweck der Erhebung versteht, wird die Qualität und Quantität der erhobenen Daten beeinflussen.“ (Albertini, 2006, S. 233)

Seltene Interviewsprachen (wie Gebärdensprachen) werden in der interkulturellen qualitativen Forschung meistens für den Forschungsbericht übersetzt. Diesem Übersetzungsprozess kommt in der Durchführung der Forschung und Darstellung der Ergebnisse eine große Bedeutung zu (Temple & Young, 2004). Dabei sind vor allem der Zeitpunkt der Übersetzung im Forschungsprozess, die Technik der Übersetzung und die Person, welche die Übersetzung vornimmt, von großer Relevanz. Temple und Young betonen, dass sich Wissenschaftler hinsichtlich der Übersetzung von Gebärdensprachen in der qualitativen Forschung zum einen des potenziellen Bedeutungsverlustes bei der Übersetzung bewusst sein müssen und zum anderen ihre interkulturelle Verantwortung wahrnehmen sollten: "The fundamental issue is how the expediency of translation reinforces the invisibility of the source language – an issue that it both political and methodological." (Temple & Young, 2004, S. 166) Der

Gebrauch der Sprache in der interkulturellen Forschung wird zu einer politischen Angelegenheit, wenn diese Sprache – wie die Gebärdensprache – lange politisch unterdrückt wurde. Da es keine einheitliche Verschriftlichung von Gebärdensprachen gibt, ist eine Übersetzung in eine Schriftsprache für die wissenschaftliche Veröffentlichung praktisch notwendig. Dabei ist in diesem Prozess besonders sensibel vorzugehen, da Gebärdensprachen in der Geschichte lange mit dem Zwang zur Laut- und Schriftsprache unterdrückt wurden.

In der vorliegenden Diplomarbeit fand die Übersetzung von Gebärdensprache in Schriftsprache während des Repertory Grid-Interviews in einem gemeinsamen Übersetzungsprozess der Verfasserin mit den Interviewpersonen statt. So wurden gemeinsam im Sinne einer kommunikativen Validierung (siehe Kap. 5.5) die Konstrukte in deutsche Schriftsprache übersetzt. In einem der drei Interviews fand die Formulierung der Schriftsprachbegriffe über eine Gebärdendolmetscherin statt.

### 5.5 Güte des Vorgehens

In der quantitativen Forschung haben sich die Gütekriterien „Objektivität, Reliabilität und Validität“ zur Beschreibung der Qualität eines Tests oder Fragebogens etabliert (Bortz & Döring, 2006, S. 195).

Hinsichtlich dieser „klassischen“ Gütekriterien stellen Fransella et al. (2004) für die Repertory Grid-Methode dar, dass nicht von *der* Reliabilität oder Validität der Repertory-Grid-Technik ausgegangen werden kann, da die Anwendungsmöglichkeiten der Methode vielfältig sind. Jede mögliche Form einer Gridstudie beinhalte ein mögliches Reliabilitätsmaß. Bezogen auf die Validität stellen Fransella et al. das Konzept der *Nützlichkeit* der Methode anstelle von Korrelationen zu äußeren Kriterien ins Zentrum: "Kelly was very prepared, in terms of a construct theory approach, to equate validity with usefulness and to see understanding as the most useful of enterprises" (2004, S. 152). Für die Auswertung der verschiedenen mathematischen Maße bei der Repertory-Grid Auswertung liegen nach Lohaus (1993) keine Studien vor, die Hinweise auf Mängel in der Reliabilität oder Validität hinweisen.

Da die Repertory Grid-Technik in dieser Arbeit als qualitative Forschungsmethode angewendet wird, bezieht sich auch die Argumentation der Güte der Daten auf Überlegungen des qualitativen Paradigmas. Seitdem die qualitative Forschung in den 1970er Jahren wieder an Bedeutung gewonnen hat, wird über Gütekriterien für die Bewertung qualitativer Daten diskutiert (Flick, 2010). Während in der quantitativen Forschung weitgehender Kon-

sens über die Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität vorherrscht, wird in der qualitativen Forschung über eine Übernahme, eine Reformulierung und Anpassung dieser Kriterien, über die Formulierung alternativer, methodenangemessener Kriterien sowie über alternative Strategien zur Qualitätssicherung diskutiert.<sup>37</sup> Bisher sind noch keine einheitlichen Bezugspunkte über die verschiedenen qualitativen Methoden und Anwendungsbereiche hinweg festgelegt (ebenda). Somit orientiert sich diese Arbeit an einer anwendungs- und methodenbezogenen Argumentation für die Güte des Vorgehens. Anwendungsbezogen orientiert sich diese Arbeit an Flicks (2006) Beitrag zur Qualität in der qualitativen Evaluationsforschung. In diesem Beitrag werden die „Dimensionen der Qualität von Evaluationen Wissenschaftlichkeit, Durchführbarkeit und Nutzenorientierung“ (ebenda, S. 425) vorgestellt.

*Wissenschaftlichkeit:* Die Anwendung der Repertory Grid-Technik erfüllt nach Dick (2000) das zentrale Gütekriterium der Transparenz und der Dokumentation des Forschungsprozesses nach Steinke (1999). Zudem fand nach jedem Interview eine Zusammenfassung im Sinne der kommunikativen Validierung statt (Groeben & Scheele, 2000).

*Durchführbarkeit:* Hinsichtlich dieser Dimension wurde die Durchführung der Interviews an die Bedürfnisse der Interviewpartner angepasst. Die Durchführbarkeit war durch die DGS-Kenntnisse und das Wissen der Verfasserin über die Taubenkultur sowie die Unterstützung der Therapeutinnen der Erziehungsberatungsstelle gesichert. Die Anwendung der Methode sowie die Wahl und Formulierung der Elemente in DGS wurde in der Vorbereitung der Interviews mit tauben, gebärdensprachkompetenten Personen beraten. Dennoch zeigte die Durchführbarkeit im Feldzugang Grenzen auf: Trotz zeitlicher und örtlicher Flexibilität nahmen nur drei Personen an dem Interview teil.

*Nutzenorientierung:* Die thematische Fokussierung dieser Arbeit ist in einem gemeinsamen Diskurs mit den Therapeutinnen der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ entstanden. Die Ergebnisse der Arbeit werden an die Therapeutinnen zurückgegeben, wodurch eine Verwendung für die praktische Tätigkeit ermöglicht wird.

Methodenbezogen orientiert sich die Qualitätssicherung dieser Arbeit an Michael Dick (2000). Dieser legt in seiner Argumentation bezüglich der Gütekriterien bei der Anwendung der Repertory Grid-Technik den Fokus auf Transparenz als „das pragmatische und einzige Kriterium für die Güte des Forschungsprozesses – im Hinblick auf die inhaltliche Entwicklung von Aussagen und auf die Anwendung der Methoden“ (ebenda, Kap. 4). Dick

---

<sup>37</sup> Für eine ausführliche Darstellung dieser Diskussion siehe Flick (2010).

bezieht sich in seiner Argumentation auf Steinkes (1999) „Kernkriterien zur Bewertung qualitativer Forschung“.<sup>38</sup> Einen Schwerpunkt setzt Steinke (ebenda, S. 209) auf die intersubjektive Nachvollziehbarkeit per Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses, da dies die Voraussetzung zur Prüfung aller weiterer Kriterien darstelle. Die Repertory Grid-Technik hat als zentrale Eigenschaft, dass sie von der Erhebung bis zur Darstellung der Ergebnisse Transparenz ermöglicht (Dick, 2000) und somit eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit im Sinne Steinkes gewährleisten kann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Sinne der oben genannten Dimensionen der qualitativen Evaluationsforschung „Wissenschaftlichkeit, Durchführbarkeit, Nutzenorientierung“ die Güte des Vorgehens in dieser Diplomarbeit und der vorliegenden Daten als gesichert gelten kann. Zudem ist Transparenz über Erhebungs- und Auswertungsprozess gewährleistet und die Repertory Grid-Methode ermöglicht darüber hinaus sowohl während der Erhebung der Konstrukte als auch nach Abschluss des Interviews eine kommunikative Validierung im Sinne des Dialog-Konsens nach Groeben und Scheele (2000).

---

<sup>38</sup> Zur detaillierter Darstellung dieser Kernkriterien siehe Steinke (1999, S. 205ff.).

## 6 Anlage und Durchführung

Nachdem die Grundlagen des methodischen Vorgehens dargestellt wurden, wird in diesem Kapitel die konkrete Vorgehensweise in den Interviews und der Auswertung dargestellt.

### 6.1 Auswahl der Interviewpartner und Feldzugang

Für die Auswahl der Interviewpartner wurde in gemeinsamer Überlegung mit den Therapeutinnen folgende Einordnung von Klienten auf den zwei Dimensionen „Anlass für die Therapie“ (freiwillig vs. Beratung empfohlen/angeordnet) und „Kommunikation innerhalb der Familie“ bezogen auf Laut- und Gebärdensprache (monolingual vs. bilingual) vorgenommen. Daraus ergeben sich vier Kategorien (Abbildung 2), aus denen jeweils mit drei bis vier Personen Interviews angedacht waren.

	Anlass der Therapie	
	Beratung freiwillig, Kommunikation monolingual	Beratung empfohlen/ angeordnet, Kommunikation monolingual
Kommunikation in der Familie  (bezogen auf Laut- und Ge- bärdensprache)	Beratung freiwillig, Kommunikation bilingual	Beratung empfohlen/ angeordnet, Kommunikation bilingual

Abbildung 2: Planung der Interviewpersonen hinsichtlich der Dimensionen „Anlass der Therapie“ und „Kommunikation in der Familie“

Der Kontakt zu den Interviewpartnern wurde über die Beratungsstelle „sichtbar!“ initiiert. In Zusammenarbeit mit einer tauben Therapeutin wurde ein Anschreiben für die ehemaligen Klienten in einfacher Schriftsprache formuliert (siehe Anhang 1). In dem Anschreiben werden Thema der Diplomarbeit, Inhalt sowie die Rahmenbedingungen (Methode, Dauer, Sprache, Ort) der Interviews erläutert und Kontaktdaten angegeben.

In der ersten Kontaktaufnahme wurden 22 ehemalige Klienten-Familien per E-Mail von den Therapeutinnen kontaktiert und auf die Interviews aufmerksam gemacht. Das Anschreiben wurde angefügt. Auf diese erste Kontaktaufnahme meldete sich eine Person zur Teilnahme zurück. In einem Abstand von sechs Wochen wurden 15 der 22 Familien ein zweites Mal per E-Mail kontaktiert und gleichzeitig wurde eine öffentliche Anzeige in dem Portal für Hörgeschädigte [www.taubenschlag.de](http://www.taubenschlag.de) veröffentlicht (siehe Anhang 2). Die Ver-

fasserin bot in der zweiten Kontaktaufnahme zehn Euro Aufwandsentschädigung an. Für die zweite Kontaktaufnahme übersetzte die Verfasserin in einem Video das Anschreiben in die DGS, sodass die Informationen in DGS und Schriftsprache zugänglich waren. Die Adressaten konnten das Video über einen Internet-Link aufrufen.<sup>39</sup> Auf die zweite Kontaktaufnahme meldeten sich zwei weitere Personen zur Teilnahme. Vereinzelt begründeten angefragte Klienten ihre Absage an der Teilnahme. Die genannten Gründe für die Absagen bezogen sich zum einen auf den zeitlichen Aufwand und zum anderen auf die Sensibilität des Themas und den Wunsch die abgeschlossene Therapie nicht wieder zu aktualisieren. Es bleibt zu vermuten, dass diese Gründe auch andere Familien davon abgehalten haben, an den Interviews teilzunehmen.

Die drei gefundenen Interviewpartner sind in Abbildung 2 der linken unteren Kategorie zuzuordnen: Alle drei Familien machten die Therapie freiwillig und die Kommunikation in der Familie läuft in Gebärdensprache (Eltern, Eltern-Kinder) und Lautsprache (Geschwister).

## 6.2 Bestimmung des Frageraums und Durchführung der Interviews

Im Repertory Grid-Interview werden von den Interviewpartnern die „persönlichen Urteile zu *eingegrenzten Gegenstandsbereichen*“ (Fromm & Paschelke, 2010, S. 24, Herv. i.O.) erforscht. Mithilfe einer Diskriminationsaufgabe von so genannten Elementen (beispielsweise Personen aus dem beruflichen Alltag der befragten Person) werden die Konstrukte der befragten Person als „verbale Repräsentationen innerer Vorgänge“ (Scheer, 1993, S. 24) in diesem Lebensbereich erhoben. Zum Evozieren der Konstrukte wird in der Repertory Grid-Methode entweder eine Dyade oder eine Triade von Elementen zum Vergleich gestellt. Die Interviewperson wird im Fall eines Dyadenvergleichs gebeten eine bedeutsame Gemeinsamkeit oder einen bedeutsamen Unterschied der beiden Elemente zu benennen. Bei dem Triadenvergleich hat der Interviewpartner die Aufgabe, die Gemeinsamkeit von zwei der drei Elemente im Gegensatz zu dem dritten Element zu beschreiben. Für jedes evozierte Konstrukt werden im Interview zwei gegensätzliche Pole benannt. Im Anschluss werden alle Elemente von dem Interviewpartner dahingehend beurteilt („rating“), ob sie sich durch die evozierten Konstruktpole beschreiben lassen.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> [www.youtube.com/watch?v=TfFqO9qYkJU](http://www.youtube.com/watch?v=TfFqO9qYkJU)

<sup>40</sup> Zur detaillierten Beschreibung des Ablaufs eines Repertory-Grid-Interviews siehe Scheer (1993); Fransella et al. (2004); Fromm (1995); Beail (1985); Dick (2000).

Die Elemente in einem Grid-Interview bilden den zu erforschenden Gegenstandsbereich ab. Die Auswahl und Formulierung der Elemente steht somit im Mittelpunkt der Konkretisierung der Forschungsfrage für das Interview. Für die Formulierung und Auswahl der Elemente sind in der Literatur verschiedene Empfehlungen zu finden (Fransella et al., 2004; Fromm, 2004; Fromm & Paschelke, 2010; Scheer, 1993). Zentrale Anforderungen an das Elementeset sind die Repräsentativität für den Interessenbereich und Homogenität (im Sinne gleicher Qualität) der Elemente untereinander.

### **6.2.1 Das Elemente-Set**

Die Elemente dieser Studie wurden anhand theoretischer Annahmen über systemische Therapie mit hörend-tauben Familien (Kap. 3) und den beschriebenen Evaluationszielen (Kap. 4) dieser Arbeit gebildet. Dadurch hat die Abbildung der Fragestellung in den Elementen zum einen Bezug zum theoretischen Hintergrund der Familientherapie. Zum anderen bleibt der Bezug zu dem Einzelfall der Beratungsstelle „sichtbar!“ erhalten. Durch die formulierten Elemente wird der Frageraum abgesteckt, in dem die Interviewpartner ihre persönlichen Wirklichkeitskonstruktionen der erlebten Therapie entfalten können. Das Elemente-Set beinhaltete 25 Standardelemente (siehe Tabelle 2), die an die individuellen Erfahrungen der Interviewperson angepasst wurden. Die TOKEN-Elemente<sup>41</sup> wurden vor den Interviews personalisiert, d.h. nach Personen und Institutionen aus dem Leben der Person benannt, um einen Bezug zum persönlichen Leben der Person herzustellen. In der Auswertung erscheinen die TOKEN-Elemente anonymisiert.

Nach Rücksprache mit den Therapeutinnen über die Verwendung der Begriffe „Beratung“ und „Therapie“ mit den KlientInnen, wurde in den Interviews durchgehend der Begriff „Beratung“ verwendet. Die Bedeutung deckt sich mit dem in dieser Arbeit verwendeten Begriff „Familientherapie“.

---

<sup>41</sup> TOKEN-Elemente sind Elemente, die für die Durchführung des Interviews beispielsweise mit den Namen der Familienmitglieder personalisiert werden, um den Interviewprozess zu erleichtern. In der Auswertung der Daten ist nur eine anonymisierte Version der Elemente sichtbar. Zur Benutzung der TOKEN-Elemente vergleiche auch *sci:vesco® - Handbuch zur Version 3.0* (2009)



Tabelle 2: Elemente-Set der Repertory Grid-Interviews

Bereich	Element	Erklärung
Beratung bei „sichtbar!“ im Vergleich zu anderen Hilfsangeboten	Gespräch in der Beratungsstelle “sichtbar!”	
	Andere Beratungsstelle ohne Gebäuden	
	Gespräch beim Amt – TOKEN	
	Besuch beim Hausarzt	
	Gespräch mit Freunden/Familie	Gespräch über private Themen
Beratungs-Setting	Beratung mit der ganzen Familie	Beratungssitzung mit Kindern und Partner
	Beratung allein	Beratungssitzung allein oder mit Partner
	Beratung mit Dolmetscher/in Beratung ohne Dolmetscher/in	
Ideal-Bild	Ein/e sehr gute/r Therapeut/in	Ideal-Therapeut
	Ein/e schlechte/r Therapeut/in	Anti-Ideal-Therapeut
	Eine Beratung wie ich sie wünsche/ perfekte Beratung	Ideal-Beratung
Veränderungen	Klima in der Familie früher	Früher = Anfangszeitpunkt der Therapie
	Klima in der Familie heute	Heute= Zeitpunkt der Interviews
	Anfang der Beratung	
	Ende der Beratung	
Personen	Ich selbst – TOKEN	
	Mein/e Partner/in –TOKEN	
	Kind 1- –TOKEN	
	Kind 2 –TOKEN	
	Kind 3 –TOKEN	
	Ein/e Arbeitskolleg/in –TOKEN	
	Therapeutin 1 –TOKEN	
	Therapeutin 2 – TOKEN	
	Therapeutin 3 – TOKEN	

Aus dem Elemente-Set wurden folgende Paarvergleiche zum Evozieren der Konstrukte mittels eines Dyadenvergleichs benutzt (Tabelle 3). In der zweiten Spalte ist das Erkenntnisinteresse formuliert, das durch den Paarvergleich abgebildet wird.

Tabelle 3: Elementepaare für die Evozierung der Konstrukte in den Repertory Grid-Interviews

<b>Elemente-Vergleich</b>	<b>verbalisierte Frage</b>
Gespräch in der Beratungsstelle „sichtbar“ vs. Gespräch mit einem Freund/Familie	Was unterscheidet ein Therapiegespräch von einem persönlichen Gespräch mit Freunden/Familie über persönliche Themen
Ein/e schlechte/r Therapeut/in vs. Ein/e sehr gute Therapeut/in	Welche Eigenschaften machen eine/n gute/n TherapeutIn aus? Welche Eigenschaften werden abgelehnt?
Anfang der Beratung vs. Ende der Beratung	Was hat sich vom Anfang bis zum Ende der Therapie verändert?
Gespräch in der Beratungsstelle „sichtbar“ vs. Beratung wie ich sie wünsche/perfekte Beratung	Sind die Klienten zufrieden mit der Therapie? Haben sie noch Verbesserungsvorschläge?
Klima in der Familie früher vs. Klima in der Familie heute	Was hat sich seit Beginn der Therapie in der Familie verändert?
Beratung allein vs. Beratung mit der ganzen Familie	Wie erleben die Klienten die verschiedenen Beratungssettings?
Gespräch in der Beratungsstelle „sichtbar“ vs. Besuch beim Hausarzt	Wie werden die unterschiedlichen Hilfen wahrgenommen? Was zeichnet die Beratung im Gegensatz zum Hausarzt aus?
Beratung mit Dolmetscher vs. Beratung ohne Dolmetscher	Wie wird die Beratung mit und ohne Dolmetscher erlebt?

### 6.2.2 Das Interview-Setting

Die Interviews fanden in Bremen in den Räumen von „sichtbar!“ sowie in Hamburg bei einer Interviewperson statt und dauerten zwischen 1,5 bis 2,5 Stunden. Zur Durchführung der Repertory Grid-Interviews am Computer sowie zur Auswertung wurde die Software

„sci:vesco“<sup>42</sup> genutzt. Alle drei Interviews wurden in DGS geführt, davon zwei ohne und ein Interview mit Gebärdensprachdolmetscherin. Die passenden schriftsprachlichen Begriffe für die gebärdeten Konstrukte wurden in Zusammenarbeit der KlientInnen mit der Verfasserin ausgewählt. Die Interviews wurden auf Video bzw. Tonband aufgezeichnet.

### 6.2.3 Ablauf der Interviews

Nach einer kurzen Einführung in den Ablauf und das Thema des Interviews wurden vor Beginn des Repertory Grid-Interviews formale Fragen bezüglich Zeitpunkt und Dauer der Therapie, Hörstatus und Kommunikationsform in der Familie erhoben. Zusammen mit dem/der Interviewpartner/in wurden im nächsten Schritt die TOKEN-Elemente personalisiert.

Die Durchführung des Repertory Grid-Interviews verlief in zwei sich wiederholenden Phasen (siehe auch Kap. 6.2): Im ersten Schritt wurden Konstrukte dyadisch evoziert. Im zweiten Schritt wurden die evozierten Konstruktpole als Pole einer Likert-Skala dargestellt und die Elemente wurden von den Interviewpartnern auf dieser Skala eingeordnet. Diese beiden Schritte wiederholten sich so lange bis keine neuen Konstrukte gefunden wurden oder das Interview aus Zeitgründen beendet wurde. Nach Abschluss des Interviews gab die Verfasserin den Interviewpartnern ein Resümee über die erhobenen Konstrukte.

## 6.3 Vorgehen in der Auswertung der Daten

Die Daten in einem Repertory Grid-Interview werden in einem so genannten Grid (Gitter) dargestellt. Eine grundlegende Maxime bei der Auswertung der Grid-Daten<sup>43</sup> stellt das Konzept der *Kohärenzsemantik* dar (Raeithel, 1998). Unter diesem Begriff wird die wechselseitige Bezogenheit von Elementen und Konstrukten verstanden. Nach Dick (2000, Kap. 3.3) bedeutet diese wechselseitige Bezogenheit für die Interpretation der Grid-Daten, dass „sich jedes Element durch die Anwendung der Konstrukte und jedes Konstrukt durch seine Anwendung auf die Elemente beschreiben lassen“.

In der vorliegenden Arbeit werden folgende Auswertungsschritte durchgeführt,<sup>44</sup> Im ersten Schritt wird die Bertin-Matrix,<sup>45</sup> in der alle Elemente und Konstrukte in ihrer wechselseitigen Bezogenheit dargestellt sind, beschrieben und auf Muster analysiert. Im zweiten

<sup>42</sup> Freundlicherweise bereitgestellt von Dr. Matthias Rosenberger, elements and constructs GmbH und Co. KG, Leipzig.

<sup>43</sup> Informationen über Elemente und Konstrukte in dem Grid

<sup>44</sup> Die grafische Darstellung der Bertin-Matrix und des (ESA) Biplots wurde mit dem Programm OpenRepGrid gestaltet (Heckmann, 2011).

<sup>45</sup> Darstellung der Zahlen des „Grids“ als Grauwerte in einer Matrix nach der Methode von Jacques Bertin (Raeithel, 1993).

Schritt wird die Visualisierung der Matrix-Daten in einem ESA<sup>46</sup> Biplot für die weitere Auswertung genutzt. Diese Visualisierung entsteht mathematisch mittels einer doppelten Hauptkomponentenanalyse, wobei die Achsen des entstehenden Koordinatensystems „als mathematische Hilfsmittel, die zunächst keine eigenständige Bedeutung haben“ (Raeithel, 1993, S. 53) verstanden werden. In dem ESA Biplot werden Elemente *und* Konstrukte in einem Bild dargestellt. In dieser grafischen Darstellung können Ähnlichkeit und Unterschiedlichkeit von Elementen und Konstrukten veranschaulicht werden (Dick, 2000, S. Kap. 3.5): „Semantische Ähnlichkeiten zwischen Situation/Objekt und Merkmal werden miteinander verschränkt räumlich dargestellt und erscheinen als optische Nähe. Je näher zwei Elemente bzw. Konstrukte zueinander liegen, desto ähnlicher sind sie in ihrer Bedeutung.“ Ausgehend von der Darstellung der Daten im ESA Biplot wurde der subjektive Bedeutungsraum der einzelnen Interviewpartner hinsichtlich der vergangenen Therapie analysiert. Diese Visualisierung der Daten als Grundlage der Interpretation schafft zudem „Intersubjektivität in der Vermittlung der Forschungsergebnisse dadurch, dass die visuelle Darstellung von Ähnlichkeitsrelationen für alle Betrachter gleich verständlich ist“ (Dick, 2000, S. Kap. 3.5).

Um die subjektive Bedeutung der erhobenen Konstrukte so gut wie möglich zu verstehen, werden die Konstrukte inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei orientiert sich das Vorgehen an Fromms (2004, S. 154) Leitlinien zur Inhaltsanalyse der Konstrukte. Folgende Kernfragen werden verwendet: *Welche* Konstrukte werden angewendet? *Wie* werden diese Konstrukte angewendet? Welche Beziehung haben die Konstrukte zueinander?

Ein ähnliches Vorgehen schlägt auch Rangosch-Schneck (2009) zur Nutzung des Repertory Grids als qualitatives Forschungsinstruments vor. Die Autorin argumentiert, für eine zusätzliche Transkription des Interviews, nur unter Hinzunahme der Aussagen der Interviewperson, sei eine qualitative Auswertung der Grid-Daten<sup>47</sup> möglich. Beispielsweise könne das Problem der Vieldeutigkeit der Konstruktbegriffe mit Aussagen aus dem Interviewskript gelöst werden, indem Äußerungen der Interviewpersonen über die Verwendung von Konstrukten mit in die Interpretation der Konstrukte einbezogen werden. Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Auswertungsschritte der Interviews ist im folgenden Ergebnisteil der Arbeit dargestellt.

<sup>46</sup> ESA (Eigenstrukturanalyse) Biplot ist eine spezielle Form der Darstellung nach Raeithel (1998).

<sup>47</sup> Grid-Daten: Daten aus dem Repertory Grid-Interview

## 7 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews in drei Schritten dargestellt und anschließend vor dem Hintergrund der Theorie und den Evaluationsfragen dieser Arbeit diskutiert. Die Ergebnisse der Einzelinterviews werden im ersten Schritt (Kap. 7.1) als ausführliche Fallvignetten vorgestellt. Das genaue Vorgehen bei der Auswertung der Einzelinterviews wird anhand des ersten Interviews exemplarisch beschrieben; in der zweiten und dritten Fallvignette wird auf eine detaillierte Darstellung des Vorgehens verzichtet. Im zweiten Schritt (Kap. 7.2) werden die Konstrukte aus den Einzelinterviews inhaltsanalytisch ausgewertet, um bedeutsame Themenfelder der subjektiven Therapiewahrnehmung (der drei Interviewpersonen) herauszuarbeiten. Im dritten Schritt (Kap. 7.3) werden Ergebnisse der Einzelinterviews zu einem übergreifenden Modell des Therapieerlebens verdichtet. Die Diskussion der Ergebnisse wird in Kap. 7.4 dargestellt.

Das Vorgehen in der Auswertung der Einzelinterviews orientiert sich an dem Vorgehen von Michael Dick (2001) und in der inhaltsanalytischen Zusammenführung der Ergebnisse an Elisabeth Rangosch-Schneck (2009).

### 7.1 Ergebnisse der Einzelinterviews

In Kapitel 5.6 wurde die Transparenz in der Auswertung als ein wesentliches Merkmal zur Sicherung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit beschrieben. Der Aufbau dieses Kapitels orientiert sich somit an bestmöglicher Nachvollziehbarkeit der Interpretation für den Leser nach Dick (2001, S. 207): „Die Herkunft der Daten bleibt transparent, es ist leicht nachvollziehbar, wie die Originalinformationen auf dem Weg zu einem subjektiven Modell verdichtet werden.“ Zusatzinformationen aus den Interviewaufnahmen (Video, Ton) werden mit Zeitangaben verzeichnet und können somit in den Originalaufnahmen geprüft werden.

#### 7.1.1 Interview I: Sabina<sup>48</sup> – „Einfach hingehen, beraten und fertig“

Sabina ist im frühen Kindesalter ertaubt, mit einem tauben Mann verheiratet und hat zwei hörende Kinder unter sechs Jahren. Zusammen mit ihrer Familie besuchte sie die Beratungsstelle „sichtbar!“ ca. ein Jahr lang, die Therapie endete 2010. Die Fahrtzeit von Sabinas Wohnort zu der Erziehungsberatungsstelle betrug etwa 45 Minuten. Im Interview zeigte sich

---

<sup>48</sup> Die Namen sind aus Gründen der Anonymität geändert und stehen nicht mit der Interviewperson in Verbindung.

Sabina interessiert an der Thematik und berichtete mit großer Offenheit über ihre Erfahrungen.

Die Daten des Repertory Grid-Interviews mit Sabina werden zunächst formal ausgewertet und darauf aufbauend inhaltlich interpretiert; hierbei werden zusätzliche Informationen aus den Interviewaufnahmen hinzugezogen. Die Trennung von formaler und inhaltlicher Analyse dient der Transparenz der inhaltlichen Auswertung.

### Formale Analyse der Bertin-Matrix

Wie in Kapitel 6.5 beschrieben, werden in der Bertin-Matrix alle Elemente und Konstrukte in ihrer gegenseitigen Bezogenheit dargestellt. Jede Spalte bildet dabei ein Element, jede Zeile ein Konstrukt mit beiden Polen. Ein dunkelgraues bis schwarzes Kästchen steht dafür, dass der Konstruktpol auf der rechten Seite dem jeweiligen Element zugeordnet wird.

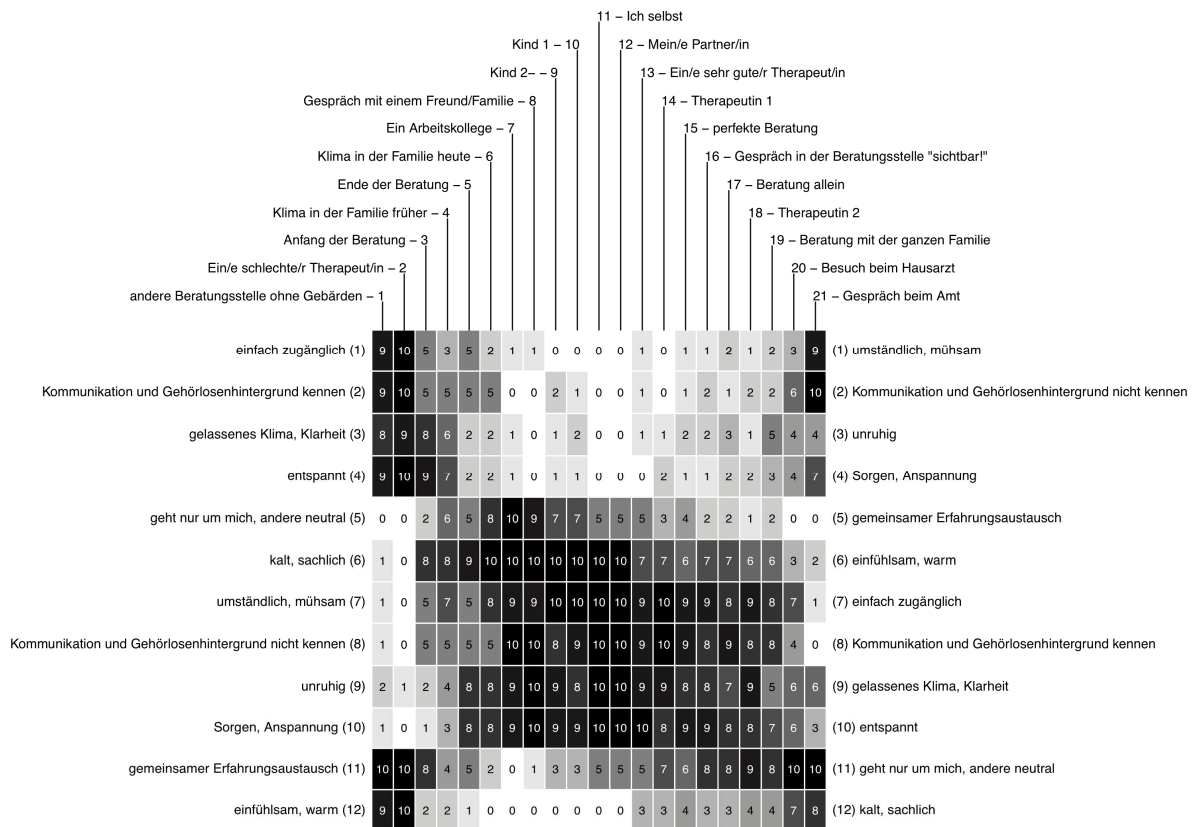


Abbildung 3: Geordnete Bertin-Matrix Sabina

Ein weißes bis hellgraues Kästchen bedeutet, dass das Konstrukt auf der linken Seite als Beschreibung des Elements zutrifft. Ein graues Kästchen (Wert 5) bedeutet, dass beide Konstruktpole auf das Element zutreffen. Die Konstrukte und Elemente aus dem Interview mit

Sabina sind in der Bertin-Matrix (Abbildung 3) nach ihrer Ähnlichkeit sortiert, d.h. Elemente, die nebeneinander stehen sowie auch Konstrukte, die über- und untereinander stehen, sind in ihrer Bedeutung ähnlich. Weiter zeigt sich eine Circumplexstruktur,<sup>49</sup> d.h. die unterste Zeile bzw. äußerste Spalte (rechts) kann vor die oberste Zeile bzw. erste Spalte (links) geschoben werden, weil sie dieser ähnelt.

In der Betrachtung der Matrix sind zwei Muster voneinander zu unterscheiden: die ersten beiden Elemente („ein/e schlechte/r Therapeut/in“, „Beratungsstelle ohne Gebärden“) und die letzten beiden Elemente („Gespräch beim Amt“, „Gespräch beim Hausarzt“) unterscheiden sich von dem großen mittleren Block. Innerhalb des mittleren Blocks lässt sich auch ein kleiner Musterunterschied erkennen zwischen den Elementen 6 bis 12 und 13 bis 18, die sich anhand der Elemente mit einer Unterscheidung zwischen privaten und professionellen Begegnungen gleichsetzen lässt. Musterstörungen, d.h. Elemente, die sich in der Bertin-Matrix auffällig in ihrem Bewertungsmuster von den anderen Elementen unterscheiden, können auf Spannungen im Konstruktsystem oder widersprüchliche Objekte hindeuten und sind nach Raeithel (1998) zu identifizieren, um potenzielle Konfliktthemen aufzudecken. In der Bertin-Matrix aus Sabinas Interview sind Elemente mit Musterstörungen bzw. mit überwiegend grauen Felder zu erkennen: „Anfang der Beratung“ (3), „Klima in der Familie früher“ (4) und „Beratung mit der ganzen Familie“ (19). Diese Elemente können in ihrer Bedeutung nicht klar erfasst oder mit den evozierten Konstrukten nicht eindeutig beschrieben werden.

#### *Formale Beschreibung der ESA<sup>50</sup>*

In der ESA sind die Elemente und Konstrukte gemäß der Kohärenzsemantik in ihrer gegenseitigen Bezogenheit vermischt über den dreidimensionalen Raum dargestellt (Raeithel, 1998). Semantische Ähnlichkeit ist in räumlicher Nähe abgebildet. In dieser Darstellung sieht man die Elemente als schwarze Kästchen innerhalb und die Konstrukte außerhalb des Raumes beschriftet – durch eine Linie und ein Kreuz wird ihre Lage deutlich gemacht. In der ESA zu Sabinas Therapieerleben (Abbildung 4) ist die Anordnung der Konstrukte und Elemente auf den ersten beiden Dimensionen dargestellt. Die erste Dimension (x-Achse) klärt die meiste Varianz auf (79,96%), die zweite (y-Achse) klärt 11,44% der Varianz auf und die dritte Dimension (z-Achse, nicht abgebildet) klärt 4,96% der Varianz auf. Die dritte Dimension hat für das Verstehen der Erlebnissräume in Sabinas Fall keine große Bedeutung und

<sup>49</sup> Vgl. hierzu Dick (2001).

<sup>50</sup> ESA steht für ESA Biplot siehe Kap. 6.5.

wird deshalb nicht mit in die Analyse einbezogen. Auf den ersten Blick wird erkennbar, dass beinahe alle Elemente und Konstrukte sich nahe der x-Achse befinden, wodurch auch die hohe Varianzaufklärung der ersten Dimension verständlich wird. Folglich sind die Elemente auf diesen Konstrukten in ähnlichen Mustern bewertet worden, was darauf hindeutet, dass diese Konstrukte für Sabina eine ähnliche Bedeutung haben. Das einzige Konstrukt, das in einem anderen Muster bewertet wurde, liegt nahe der y-Achse und beschreibt somit die zweite Dimension.

In Abbildung 4 sind in der ESA die Quadranten von I bis IV beschriftet, um die Orientierung bei der Beschreibung und Interpretation der ESA zu erleichtern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Einteilung nur der Interpretationserleichterung dient, in der ESA bestehen die Zusammenhänge der Konstrukte und Elemente über die Quadranten hinaus. Bei der Betrachtung von Sabinas ESA (Abbildung 4) fällt auf, dass die Elemente vermehrt in Quadranten I und IV verteilt sind. Hinsichtlich der Verteilung der Elemente sind im I. und IV. Quadranten auffällige Ballungen zu erkennen: In Quadrant I liegen die Elemente „eine Arbeitskollegin“ und „Gespräch mit einem/r Freund/in“ sowie die Elemente „Kind 1“ und „Kind 2“ sehr dicht beieinander. In Quadrant IV sind drei Ballungen zu erkennen: „Ich selbst“ und „mein Partner“; „Therapeutin 2“ und „Gespräch bei sichtbar!“; „perfekte Beratung“, „Therapeutin 1“ und „eine sehr gute Therapeutin“.

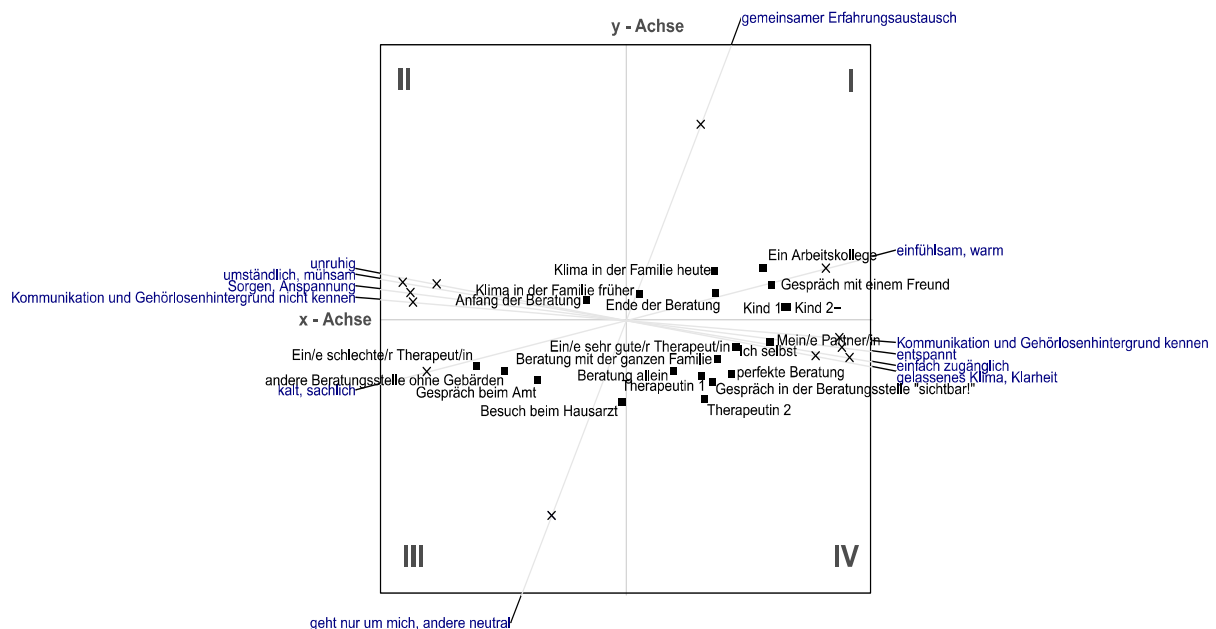


Abbildung 4: ESA Therapieerleben Sabina – erste und zweite Dimension



Angelehnt an Dick (2001) können die Dimensionen der ESA als Markierungslinien den wichtigsten Bezugsrahmen bei der Deutung und Bewertung des Erlebens der Therapie für Sabina darstellen. Wie oben beschrieben, sind die Dimensionen durch eine mathematische Transformation entstanden und haben somit per se keine inhaltliche Bedeutung, dienen aber als Hilfestellung zur inhaltlichen Interpretation der Grid-Daten. In Abbildung 5 werden die Dimensionen der ESA mit den jeweils salientesten Konstrukten modellhaft dargestellt.

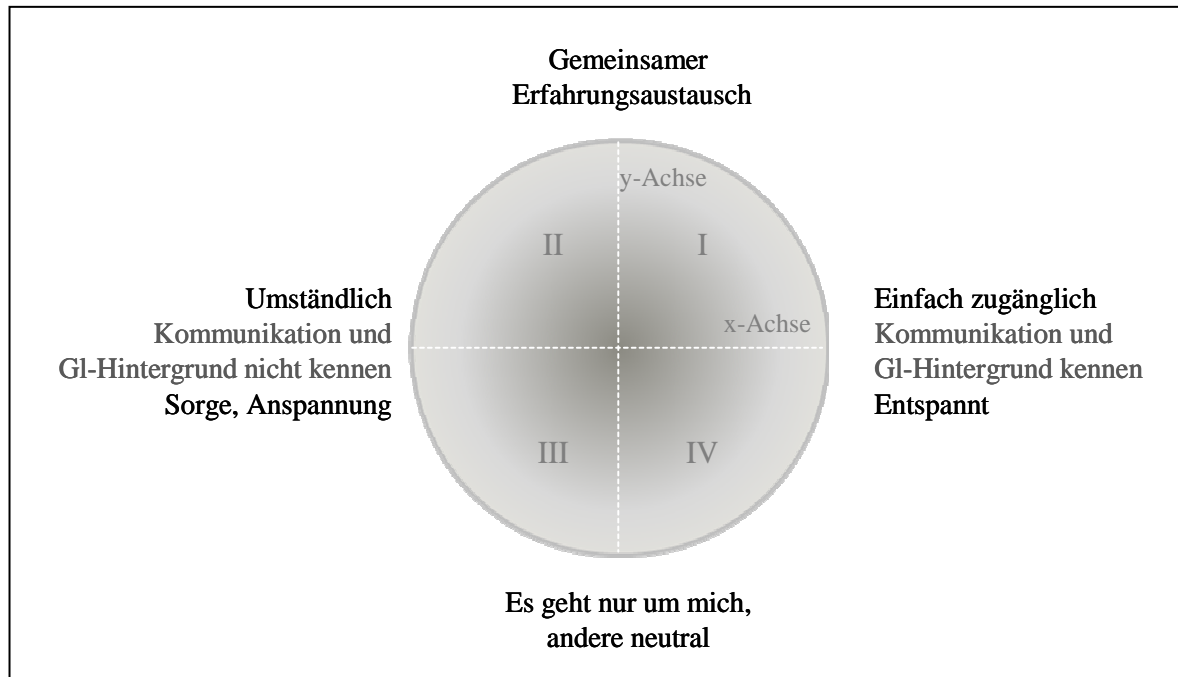


Abbildung 5: Hauptdimensionen in der Deutung und Erleben von Therapie (Sabina)

Die erste Dimension (x-Achse) spannt sich zwischen den Polen umständlich, Kommunikation und Gehörlosen hintergrund<sup>51</sup> nicht kennen, Anspannung/Sorge und einfach zugänglich, Kommunikation und Gehörlosen hintergrund kennen, entspannt auf. An den Begriffen umständlich und Anspannung sowie auf der anderen Seite entspannt ist zu erkennen, dass die erste Dimension die Valenz beschreibt; im linken Bereich sind negative Beschreibungen und im rechten positive angeordnet. Somit kann die erste Dimension zusammengefasst werden als:

*Mühsamer Zugang, keine Kenntnisse über Sprache und Kultur tauber Personen*

vs.

*Einfacher Zugang, Kenntnisse über Sprache und Kultur tauber Personen vorhanden*

<sup>51</sup> abgekürzt als GI-Hintergrund

Die zweite Dimension (y-Achse) lässt sich durch die Konstruktpole

*Gemeinsamer Erfahrungsaustausch*  
vs.  
*Geht nur um mich, andere neutral*

beschreiben. Zwischen diesen beiden Dimensionen spannt sich Sabinas Bedeutungsraum hinsichtlich der erlebten Therapie auf. Um sich Sabinas Erlebnisräumen weiter zu nähern, werden im Folgenden die Quadranten (Abbildung 6) genauer beschrieben. In den Quadranten zeigen sich verschiedene Erlebnisräume in den Mischformen der zwei Hauptdimensionen, die sich anhand der Lage von Elementen und Konstrukten verstehen lassen (Dick, 2001).

<i>Kommunikation &amp; Gl-Hintergrund nicht kennen Sorge, Anspannung Umständlich, mühsam Unruhig</i>  <p style="text-align: center;">Anfang der Beratung Beratung mit Dolmetscher</p>	<p style="text-align: center;"><i>Gemeinsamer Erfahrungsaustausch einfühlsam, warm</i></p> <p style="text-align: center;">Ende der Beratung Kinder, ein Arbeitskollege Gespräch mit einem Freund Klima in der Familie heute</p>
<p style="text-align: center;">Beratungsstelle ohne Gebärden Ein/e schlechte/r Therapeut/in Gespräch beim Hausarzt Gespräch beim Amt</p> <p style="text-align: center;"><i>Kalt, sachlich Es geht nur um mich, andere neutral</i></p>	<p style="text-align: center;">Ein/e sehr gute/r Therapeut Therapeutinnen bei sichtbar! Perfekte Beratung Beratung allein, mit der Familie</p> <p style="text-align: center;"><i>entspannt Einfach zugänglich Gelassenes Klima, Klarheit Kommunikation &amp; Gl-Hintergrund kennen</i></p>

Abbildung 6: Konstrukte (kursiv) und Elemente in den Quadranten (Sabina)

Nach der formalen Beschreibung ist der ESA-Raum hinreichend bekannt, um im nächsten Schritt mit der Interpretation anzuschließen.

### *Inhaltliche Interpretation*

In der inhaltlichen Interpretation des Modells in Abbildung 6 werden neben der Unterscheidung auf der Valenzdimension auch charakteristische Unterschiede zwischen den oberen und unteren Quadranten deutlich. Während es in der oberen Hälfte tendenziell um Hilfe durch private Kontakte geht, wird in den unteren Quadranten das Bezugssystem zum professionel-

len Hilfesystem erkennbar. Der untere rechte Quadrant (IV) bildet den Erlebnisraum einer gelingenden therapeutischen Kooperation ab, das Bild der *perfekten Beratung* und des *Ideal-Therapeuten* wird hier beschrieben: Die Beratung sollte *einfach zugänglich* sein und die *Kommunikation gesichert* durch Kenntnisse des Therapeuten über die Taubenkultur und die Gebärdensprache. Aus der Interviewaufzeichnung wird deutlich, dass die ideale Beratungsstelle für Sabina außerdem *wohnortsnah, spontan und ohne große Formalitäten zugänglich* sein soll (1/1V/12:00).<sup>52</sup> Die Therapeutinnen der Beratungsstelle „sichtbar!“ werden in diesem Quadranten eingeordnet – ein gemeinsames therapeutisches Arbeiten bildet sich ab, das *Entspannung* und *Klarheit* bringt. Die Gespräche in der Beratungsstelle „sichtbar!“ werden in diesem Erlebnisraum nahe der Ideal-Beratung verortet; einschränkend wurde im Interviewgespräch Unzufriedenheit über die Gebundenheit der Familientherapie an das Jugendamt deutlich. Am Beispiel des Abschlussgesprächs der Therapie im Jugendamt erläutert Sabina ihr Unbehagen über den Umstand, nach dem Therapieabschluss mit den Therapeuten das persönliche Resümee der Therapie vor fremden Personen im Jugendamt wiederholen zu müssen (1/V1/51:30). Bezogen auf gelungene therapeutische Begegnungen wird im Gespräch ein weiteres Konstrukt von der Interviewperson genannt. Im Gegensatz zum *persönlichen Austausch* gehe es im beraterischen Kontext um eine Unterstützung bei der *eigenen Suche nach Lösungen* (1/1V/3:00).

In dem unteren linken Quadranten (III) sind nach der Interpretation professionelle Hilfsangebote verortet, die im Bezugsrahmen der erlebten Therapie eher negativ bewertet werden. Das Element „ein/e schlechte/r Therapeut/in“ ist in diesem Erlebnisraum eingeordnet sowie weitere professionelle Hilfsangebote: „Gespräch beim Amt“ und „Gespräch beim Hausarzt“. Für Sabina wird eine *kalte* und *sachliche* Haltung als unangenehm im therapeutischen Kontext beschrieben. Das zweite Konstrukt, das diesen Raum beschreibt, *es geht nur um mich, andere neutral*, wird sowohl auf die Gespräche beim Hausarzt und im Amt als auch auf das Anti-Ideal-Bild eines Therapeuten angewendet. Aus den Videoaufzeichnungen ist erkennbar, dass diese Haltung (*sachlich, geht nur um mich*) im therapeutischen Kontext negativ bewertet wird, während es im Zusammenhang mit Arzt/Amt neutral bewertet wird (1/1V/33:30). Es lässt sich hieraus schließen, dass in Sabinas Erleben psychotherapeutische/beraterische Hilfsangebote mit anderen Erwartungen und Hoffnungen verknüpft werden als Gespräche im Jugendamt oder beim Hausarzt. In der weiteren Erläuterung des Konstruktes *es geht nur um mich, andere neutral* im Interview wird deutlich, dass Sabina eine A-

<sup>52</sup> Angabe der Video/Tonaufnahme: Nr. des Interviews/Nr. des Videos bzw. Tonbands/Minutenstand.

symmetrie in der Begegnung mit professionellen Helfern erlebt, in der sie „immer viel bekommt“, „ihr gegeben wird“, aber „selbst nichts gibt“ und wenig Austausch stattfindet (1/1V/3:34). Daraus lässt sich die Unterscheidung der oberen und unteren Quadranten weiter differenzieren in

*Private Hilfe: Unterstützung geben und nehmen*  
vs.  
*Professionelle Hilfe: nur Unterstützung nehmen.*

Das Element „Beratungsstelle ohne Gebärden“ ist ebenfalls in dem unteren linken Quadranten angeordnet, wird also mit Gesprächen beim Amt und beim Arzt in Verbindung gebracht und schafft keine Atmosphäre für eine produktive therapeutische Arbeit. Ein Konstrukt, das an diesem Element erhoben wurde, ist im oberen linken Quadranten (IV) angeordnet: *Kommunikation und Gehörlosenhintergrund nicht kennen*. In dem Interviewgespräch wird deutlich, dass Sabina trotz der Kommunikationsprobleme mit Therapeuten, die nicht gebärdenkompetent sind, einer Beratungsstelle ohne den Kontext Hörschädigung auch positive Attribute zuschreibt: Sie beschreibt, dass es manchmal auch gute Tipps geben kann von Personen, die kein Wissen über Gehörlosenkultur haben. Außerdem stelle sie es sich einfacher vor, bei einer solchen Beratungsstelle „einfach vorbeizugehen“, sich ohne Formalitäten einmal beraten lassen zu können „und fertig“ (1/1V/12:30). In diesem Zusammenhang werden im Interview von Sabina Probleme beim Einsatz von Dolmetschern in der Therapie angesprochen. Zum einen ist trotz der Schweigepflicht ein Unbehagen darüber zu erkennen, dass Dolmetscher viele persönliche Informationen erfahren. Der Einsatz von Dolmetschern in der Beratungssituation wird mit dem Konstrukt *Sorge, Anspannung* beschrieben, wobei diese Anspannung in der Ungewissheit begründet ist, ob Dolmetscher gut voicen<sup>53</sup> können, da in der Beratungssituation sprachliche Nuancen von großer Bedeutung seien (1/V2/15:01). Mit diesen Erläuterungen gelingt ein besseres Verständnis der linken Hälfte (Quadranten II und III) von Sabinas Erlebnisraums: Neben *Sachlichkeit* gestalten *formal umständlicher Zugang* und *Kommunikationsschwierigkeiten* den negativen Erlebnisraum von Beratung/Therapie.

In den oberen Quadranten ist tendenziell ein Erleben von Unterstützung im „privaten Raum“ beschrieben. Im oberen rechten Quadranten (II) ist ein positives Erleben persönlicher Gespräche und Begegnungen abgebildet. Mit der Beschreibung eines *gemeinsamen Erfahrungsaustauschs* in *warmer* und *empfindsamer Atmosphäre* werden „Gespräche mit einer Freundin“ und einem „Arbeitskollegen“ zusammengebracht. Auch das Familienleben wird

<sup>53</sup> Voicen bedeutet das Übersetzen der Gebärdensprache in Lautsprache.

diesem Erlebnisraum zugeordnet. Das Konstrukt *gegenseitiger Erfahrungsaustausch* beschreibt Sabina weiter als ein *Geben* und *Nehmen*, das ein gegenseitiges Lernen durch Übertragung auf die eigene Familie ermöglicht (1/1V/9:50).

Werden die oberen Quadranten zusammen betrachtet, wird anhand der Elemente „Anfang der Therapie“ und „Ende der Therapie“ eine Veränderung des Familienerlebens von einer *angespannten* und *unruhigen* Atmosphäre zu *einfühlbaren Austausch* und *Wärme* erkennbar. Hier beschreibt Sabina den Fokus auf eine gemeinsame Familiensprache für hörende Kinder und gehörlose Eltern – die Gebärdensprache, daran arbeite sie mit der Familie (1/V2/6:24). Neben der Beschreibung der angespannten Familienatmosphäre zu Anfang der Beratung bleibt der Erlebnisraum des II. Quadranten in dem Interview relativ unerschlossen. In dem Interview mit Sabina wurde ein Wunsch nach Austausch auch mit hörenden Personen – am Beispiel der Eltern in der Kita ihres Sohnes deutlich (1/2V/1:00). Der Austausch ist durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache erschwert und nur im Kontakt von Angesicht zu Angesicht durch Ablesen der Lippen der hörenden Person teilweise möglich. Diese Situation passt zu dem Erlebnisraum der ESA mit *Kommunikationsschwierigkeiten* und *erlebter Anspannung*. Die Beschreibung *umständlich, mühsam* im II. Quadranten bezieht sich somit sowohl auf privaten Austausch mit hörenden Eltern als auch auf professionelle Hilfe (der Zugang zur Therapie bei „sichtbar!“ wurde durch Formalitäten und Vorstellungen beim Amt als mühsam erlebt). Durch die Erläuterungen wurde Sabinas Deutungsrahmen für gelingende und scheiternde Unterstützung im privaten Bereich erkennbar.

Ein weiteres Konstrukt, das in dem Interview mit Sabina genannt wurde, ergänzt den Erlebnisraum positiv und negativ bewerteter Therapiegestaltung: *keine Unterbrechung, Konzentration auf das Gespräch, klarer Ablauf vs. Ablenkung und Abbruch im Gespräch* (1/1V/40:47).

In Abbildung 7 werden die Interpretationen in einem subjektiven Modell zu Sabinas Therapieerleben zusammengefasst: An den Achsen sind Hauptdimensionen beschrieben (fett), die einzelnen Erlebnisräume sind charakteristisch an den Seiten beschrieben. Eine Auswahl von Elementen wurde mit Ziffern in das Modell eingefügt.

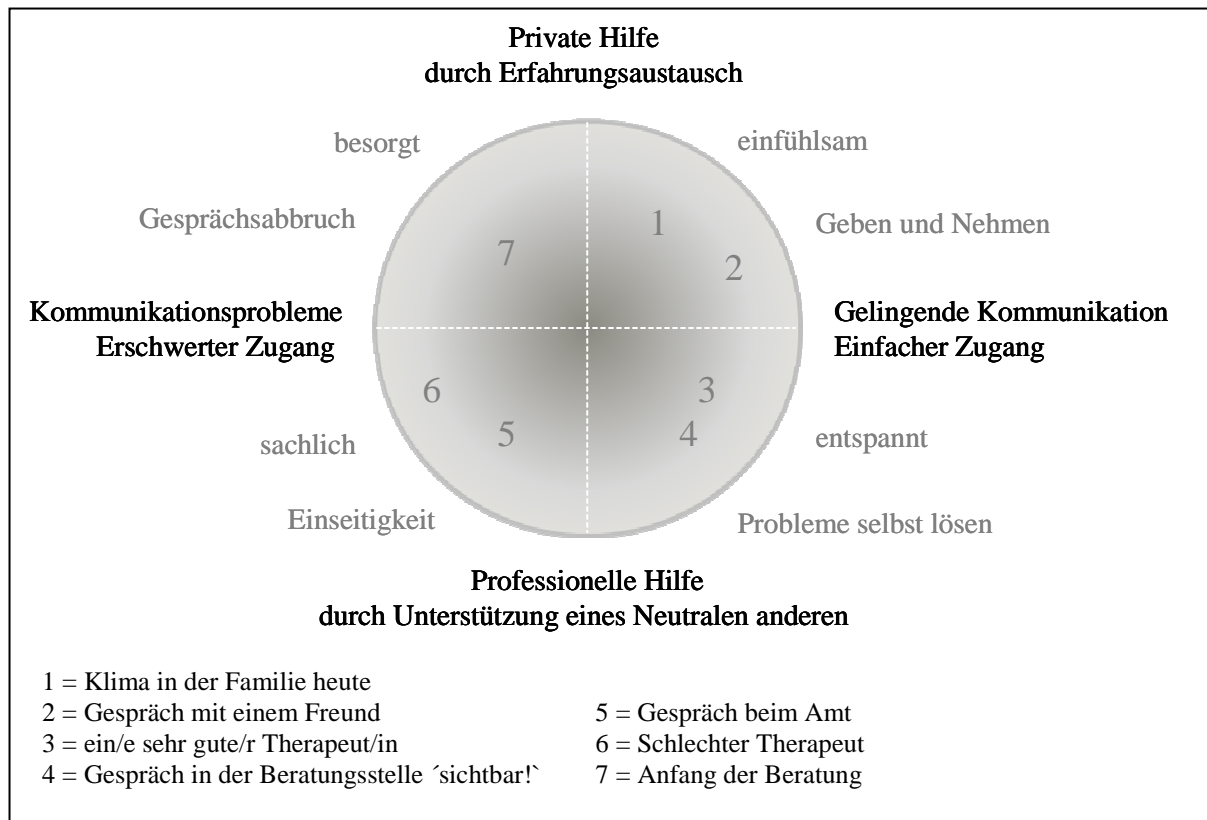


Abbildung 7: Subjektives Modell zum Therapieerleben (Sabina)

In dem subjektiven Modell zum Therapieerleben von Sabina werden die Grid-Daten und die zusätzlichen Informationen aus den Interviewaufzeichnungen zusammengefasst. In diesem Modell ist zu erkennen, in welchen Dimensionen Sabina die erlebte Therapie und tangierende professionelle und private Hilfsangebote wahrnimmt. Für die Bezeichnung der Dimensionen und die Beschreibung der Quadranten werden zum Teil Sabinas Konstrukte und zum Teil neu gewählte Begriffe verwendet. In den Originaldaten (Abbildung 3, Abbildung 4) kann die Gültigkeit dieser Begriffe überprüft werden.

In dem Modell wird ersichtlich, dass die unteren Quadranten positives und negatives Erleben professioneller Hilfsangebote abbilden, wobei deutlich wird, welche Erwartungen an eine Therapie herangetragen werden: Neben einem unkomplizierten Zugang und gelingender Kommunikation wünscht sich Sabina für die Beratung/Therapie eine Atmosphäre zwischen professioneller Neutralität und einem einfühlsamen Austausch. Weiter zeichnet sich ab, dass im Therapieprozess Konzentration auf das Gespräch und die Unterstützung bei dem eigenen Lösungsprozess bedeutsam sind. Für Sabina stellt der positiv bewertete gemeinsame Erfahrungsaustausch ein Differenzierungsmerkmal zwischen privaten und professionellen Gesprächen dar. Es wird erkennbar, dass sie den Erfahrungsaustausch als sehr unterstützend im

Alltag wahrnimmt und diesen auch mit hörenden Eltern wünscht; auch als Bestandteil der Beratung bewertet sie den Austausch positiv. Die Ausstrahlung und Sympathie der Therapeutinnen sind für Sabina von Bedeutung für die Therapie; Sachlichkeit und Kälte erschweren eine vertrauensvolle Interaktion. Insgesamt kann aus Sabinas Erlebnisraum gefolgert werden, dass sowohl der private Austausch mit Kollegen und Freunden als auch die Familientherapie auf dem Weg von Sorge und Anspannung zu Klarheit, Wärme und gelingender Kommunikation in der Familie als sinnvoll und hilfreich erlebt werden.

Aus Sabinas Modell ergibt sich außerdem die Frage, in welchem Verhältnis private und professionelle therapeutische Unterstützung zueinander stehen. Inwieweit kann eine umfangreiche private Unterstützung Krisen in der Familien auffangen und eventuell eine therapeutische Begleitung ersetzen? Diese Fragen werden genauer in Kapitel 7.4.1 diskutiert.

Im Folgenden werden das zweite und dritte Interview dargestellt. Auf eine Ausführlichkeit wie im ersten Interviews wird verzichtet, da das Vorgehen in der Auswertung damit exemplarisch dargestellt werden konnte. Auf die formale Analyse der Bertin-Matrix wird hier aus Platzgründen verzichtet, für die Nachvollziehbarkeit der ESA-Daten sind die Bertin-Matrizen des zweiten und dritten Interviews im Anhang zu finden.

### **7.1.2 Interview II: Michael – „Mit Respekt behandelt werden“**

Michael ertaubte im frühen Kindesalter und ist mit einer tauben Frau verheiratet, mit der er in DGS kommuniziert. Seine zwei hörenden Kinder sind über 20 Jahre alt, die Kommunikation mit den Eltern findet in Lautsprache statt. Die Beratungsstelle war 20 Kilometer von seinem Wohnort entfernt. Im Jahr 2005 begann Michael die Familientherapie mit seiner Familie und brach sie ein Jahr später ab während seine Frau und Kinder bis 2008 die Therapie weiterführten.

#### *Formale Beschreibung der ESA*

In Abbildung 8 sind die ersten beiden Dimensionen der ESA aus dem Interview mit Michael abgebildet. Die erste Dimension hat die größte Varianzaufklärung mit 62,53%, die zweite Dimension klärt 15,81% auf und die dritte Dimension 9,64%. Die dritte Dimension wird aufgrund der geringen Varianzaufklärung nicht weiter analysiert. Wie auch beim ersten Interview zeigt sich eine auffällig große Aufklärung durch die erste Dimension, in der ESA liegt ein Großteil der Elemente und Konstrukte sehr nah an der ersten Dimension.

Bei formaler Betrachtung der ESA fallen außerdem Elementhäufungen auf, die auf semantische Ähnlichkeiten hindeuten: Im ersten Quadranten liegen die Elemente „Beratungsstelle ohne Gebärden“, „Gespräch mit einem Freund“ und „Gespräch beim Amt“ sehr dicht beieinander und insgesamt nah an der x- und y-Achse. Auch die Elemente „Ich selbst“ und „meine Partnerin“ liegen nah beieinander. In Quadrant IV liegen die Elemente „Kind 1“ und „Kind 2“ sowie die Elemente „Klima in der Familie heute“, „eine sehr gute Therapeutin“, „Therapeutin 2“ und „ein Arbeitskollege“ auffällig dicht.

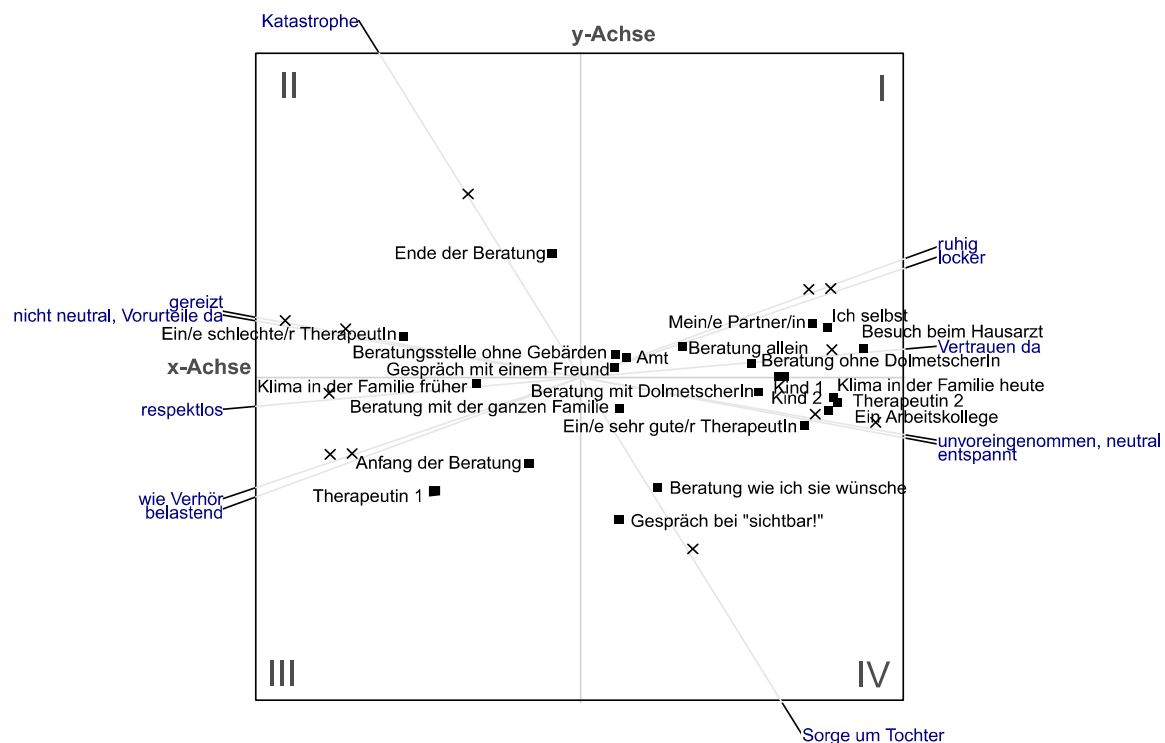


Abbildung 8: ESA Therapieerleben Michael – erste und zweite Dimension

Anhand der zwei Hauptdimensionen der ESA (x- und y-Achse) spannt sich der wichtigste Bezugsrahmen für Michael hinsichtlich der Deutung und Bewertung von Therapie auf. Die Hauptdimensionen lassen sich anhand der Konstrukte beschreiben. In Abbildung 9 werden die zwei Dimensionen mit den jeweils salientesten Konstrukten dargestellt.



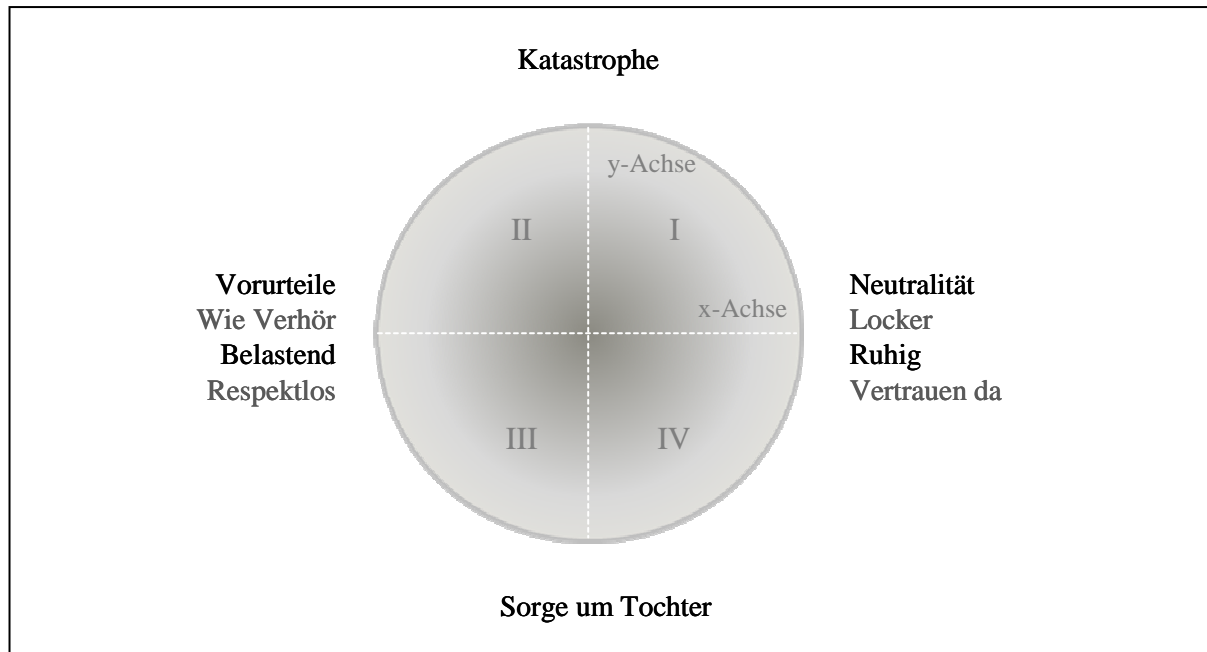


Abbildung 9: Hauptdimensionen in der Deutung und Bewertung der Therapie (Michael)

Die erste Dimension spannt sich zwischen dem Pol *Nicht neutral, Vorurteile da, wie Verhör, gereizt* (negativ) und dem Pol *Unvoreingenommen, neutral, locker, entspannt* (positiv) auf. Ausgehend von den Begriffen *gereizt, Vorurteil da* und *entspannt* kann gefolgert werden, dass die erste Dimension als Valenzdimension verstanden werden kann, wobei die linke Hälfte der ESA negativ und die rechte Seite positiv bewertet wird. Mit einer mathematischen Varianzaufklärung von über 60% kann man im Zusammenhang mit den Konstrukten darauf schließen, dass Valenz für Michael eine der wichtigsten Deutungskriterien im Erleben von Therapie ist. Die erste Dimension spannt sich folglich zwischen folgenden Polen auf:

*vorurteilvoll / respektlos*  
vs.  
*unvoreingenommen / vertrauensvoll*

Die zweite Hauptbewertungsdimension spannt sich zwischen den Polen

*Katastrophe*  
vs.  
*Sorge um die Tochter*

auf. Nach Dick (2001, S. 214) sind die eigentlichen Deutungs- und Erlebnisräume zwischen den Hauptachsen als Mischverhältnisse dieser Dimensionen zu finden. In Abbildung 10 sind die Elemente (Auswahl) und Konstrukte in den Quadranten dargestellt, um sich einem Verständnis von Michaels Therapieerleben zu nähern.

<p><i>Katastrophe gereizt Nicht neutral, Vorurteile da</i></p> <p>Ende der Beratung Ein/e schlechte/r Therapeut/in</p>	<p><i>Vertrauen da locker ruhig</i></p> <p>Beratung allein Gespräch mit Freund Besuch beim Hausarzt Ich selbst, mein/e Partner/in</p>
<p>Klima in der Familie früher Anfang der Beratung Therapeutin 1</p> <p><i>respektlos belastend wie Verhör</i></p>	<p>Beratung mit der ganzen Familie Klima in der Familie heute Ideale Beratung</p> <p><i>entspannt Sorge um die Tochter unvoreingenommen, neutral</i></p>

Abbildung 10: Konstrukte (kursiv) und Elemente in den Quadranten (Micheal)

### *Inhaltliche Interpretation*

Wie in der formalen Beschreibung schon dargestellt lässt sich ein eindeutiger Valenzunterschied entlang der ersten Dimension zwischen den rechten Quadranten (I und IV) und den linken Quadranten (II und III) erkennen. Die zweite Dimension beschreibt einen Unterschied, der nicht auf den ersten Blick zugänglich ist. Die zweite Dimension lässt sich am besten mit dem Konstrukt *Katastrophe* vs. *Sorge um die Tochter* beschreiben. Werden zusätzliche Informationen aus den Interviewaufzeichnungen hinzugezogen, wird die Beschreibung verständlicher: Der Grund des Therapiebeginns für Michaels Familie war die Sorge um eine Tochter. Die Familientherapie endete für Michael mit einem Abbruch der Therapie, da er die Zusammenarbeit mit einer Therapeutin aus verschiedenen Gründen als *Katastrophe* erlebte. Für diese Interpretation spricht auch die Anordnung der Elemente<sup>54</sup> „Anfang der Beratung“ (nahe Konstrukt *Sorge um die Tochter*) und „Ende der Beratung“ (nahe *Katastrophe*). Entlang der zweiten Dimension kann somit auch als eine Verschiebung des Fokus vom Grund der Therapie (Sorge um die Tochter) zum Fokus auf eine Störung der Klient-Therapeut-Beziehung (Katastrophe) verstanden werden. Abstrahierend könnte die Dimension beschrieben werden mit den Polen:

<sup>54</sup> Siehe Abbildung 8

*Fokus auf mich*  
vs.  
*Fokus auf die Familie*

Diese Unterscheidung auf der zweiten Dimension wird auch in der Betrachtung der Quadranten erkennbar: Die oberen Quadranten bilden den Raum, in dem es tendenziell mehr um Michael geht. Im positiven Sinne (Quadrant I) sind dort die Partnerin, ein Besuch beim Hausarzt, die beide als *vertrauensvoll* beschrieben werden und eine *ruhige* Atmosphäre mit sich bringen. Auch das Gespräch mit einem Freund wird hier eingeordnet, wobei es vor allem mit dem Konstrukt *locker* beschrieben wird. Im Interview beschreibt Michael detailliert, dass Gespräche mit Freunden eigentlich immer „oberflächlich“, nie „tief“ seien, es aber im Gegensatz zum Therapiesetting um einen „Austausch“ gehe (2/3V/27:15) – somit wird das Konstrukt *locker* auch mit *oberflächlich* assoziiert. Dieser Erlebnisraum (Quadrant I) lässt sich insgesamt somit mit den Begriffen *vertrauensvoll*, *ruhig* und *locker/oberflächlich* beschreiben. In dem oberen linken Quadranten (II) sind dahingegen negative Aspekte des Raums *Fokus auf mich* abgebildet. Eine *gereizte* Stimmung, *fehlende Neutralität*, *Vorurteile* bis hin zum Erleben von *Katastrophe* beschreiben die Elemente „Ende der Therapie“ und „Ein/e schlechte/r Therapeut/in“. Dabei wird in dem Interview deutlich, dass Michael *Vorurteile* als persönlichen Angriff erlebt – hier wird also das Erleben des Fokus auf die eigene Person erneut deutlich.

In den unteren beiden Quadranten steht die *Sorge um die Tochter* als Grund der Familientherapie im Mittelpunkt und damit der *Fokus auf die Familie*. Im unteren rechten Quadranten (IV) zeichnet sich mit den Elementen „Beratung, wie ich sie mir wünsche“, „Sehr gute/r Therapeut/in“, „Therapeutin 2“ ein Bild von positiv erlebter therapeutischer Arbeit ab. Bei *Neutralität* und *Unvoreingenommenheit* und in *entspannter* Atmosphäre kann die *Sorge um die Tochter* thematisiert werden. In dem Erleben von Angenommensein ohne Vorurteile ist auch das „Klima in der Familie heute“ verortet sowie die beiden „Kinder“ und „ein Arbeitskollege“. Im unteren linken Quadranten (III) wird eher ein negatives Erleben im Fokus Familie beschrieben: ein *respektloser* Umgang miteinander, eine *belastende* Atmosphäre und ein Erleben der Familientherapie *wie im Verhör*. Im Interview erklärt Michael *wie im Verhör* auch als „bohrend“ und „überfordernd“ (2/3V/45:30). Diese Überforderung und Belastung wird im „Klima in der Familie früher“, dem „Anfang der Therapie“ und der „Therapeutin 1“ erlebt. Daraus lässt sich erkennen, dass Michael in der real erlebten Therapie auf der Suche nach Veränderung des belastenden Familienklimas in der Familie keine Entlastung erfahren hat, sondern teilweise von den Fragen der Therapeutinnen überfordert

war. Im Blick auf die vier verschiedenen Erlebnisräume wird erkennbar, dass Michaels Erleben der Therapie deutlich von der negativ erlebten Begegnung mit einer Therapeutin geprägt ist – jeder Erlebnisraum wird mit positiven oder negativen Therapeuteneigenschaften beschrieben. Die persönlichen Eigenschaften der Therapeutinnen stellen sich bei Michael als das bedeutsamste Deutungsmuster im Erleben der Therapie heraus.

Ob die Therapie mit oder ohne Dolmetscher stattfindet, hat für Michael keine besondere Bedeutung. Ein Differenzierungsmerkmal, das in der ESA erkennbar ist, ist die tendenzielle Zuordnung von „Beratung mit Dolmetschern“ zu der Beratung im Familiensetting (mit hörenden Kindern). In Abbildung 11 werden die bisherigen Interpretationen in einem subjektiven Modell des Therapieerlebens zusammengefasst. In dem Modell sind die Hauptdimensionen an den Achsen benannt (fett) und die Erlebnisräume charakteristisch am Rand beschrieben. Aussagekräftige Elemente wurden in das Modell mit Nummern eingefügt.

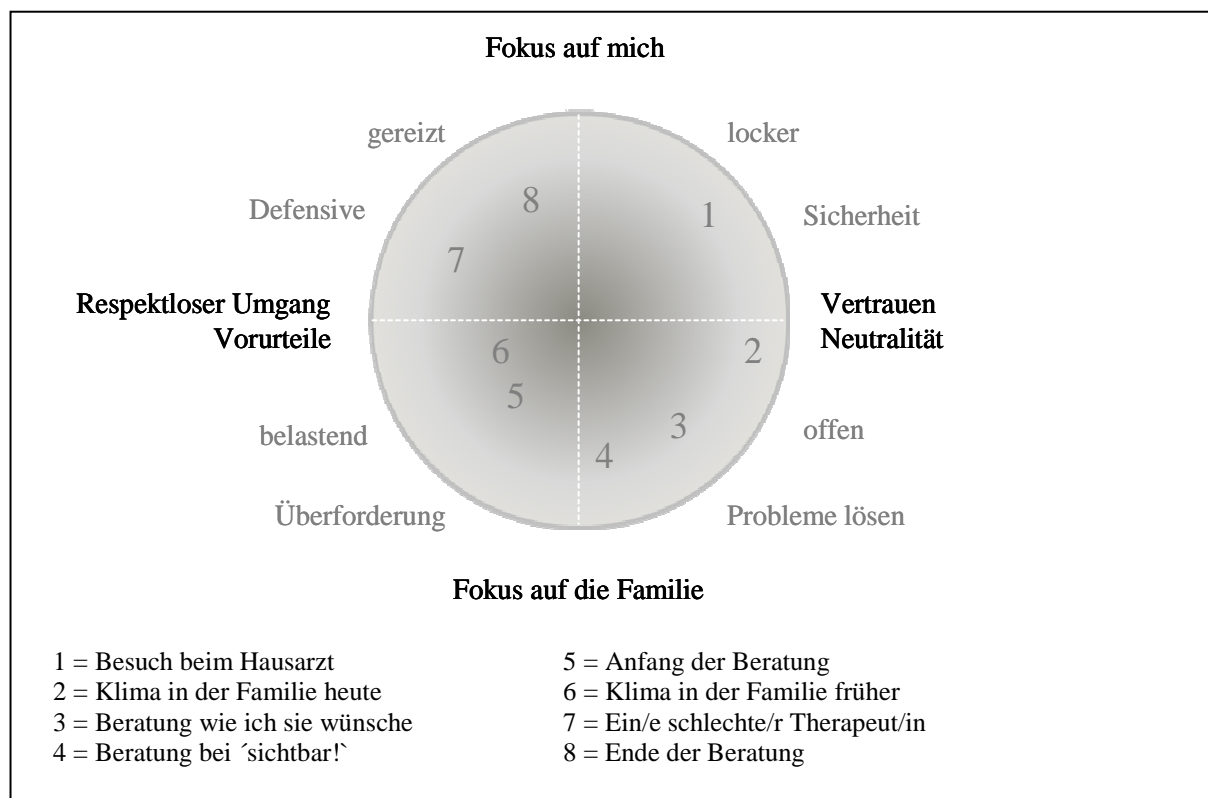


Abbildung 11: Subjektives Modell zum Therapieerleben (Michael)

Analog zu dem subjektiven Modell von Sabina, verdichten sich in dem subjektiven Modell zum Therapieerleben von Michael die Interpretation der Grid-Daten und der zusätzlichen Informationen aus dem Interview. In diesem Modell zu subjektiven Erlebens- und Deu-

tungsmustern der Therapie bei Michael wird ein klarer Fokus auf die Therapeutenpersönlichkeit gelegt. Von der Beziehungsqualität zwischen Klient und Therapeut hängt der Verlauf der Therapie ab – treten gravierende Störungen in der Beziehung auf, kann es leicht zum Abbruch der Therapie kommen. In Michaels Erleben scheinen Respekt sowie Offenheit im Sinne von Unvoreingenommenheit und Neutralität die Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Klient und Therapeut zu sein. Eine entspannte und wertschätzende Beziehung entspricht dem Bild der Ideal-Therapie, in der ein Austausch mit und innerhalb der Familie möglich wird. Diese Erwartung an eine Therapie spannt sich an dem erlebten Negativ-Beispiel einer missglückten Begegnung auf: Erlebte Respektlosigkeit und Vorurteile in der Beziehung sowie erlebte Überforderung in der Beratungssituation führen zum Abbruch der Therapie. In diesem Prozess weicht der Fokus auf die Familienproblematik dem defensiven Rückzug aus der Therapiesituation.

Im subjektiven Modell zum Therapieerleben von Michael ist weiter eine Differenzierung zwischen Michaels Rolle im Familiensystem und seiner Rolle als Individuum zu erkennen. Gelingende Therapie ist im Bereich *Fokus auf die Familie* verortet, während ein „schlechte/r Therapeut/in“ ihn als Individuum angreift. Diese Differenzierung deutet darauf hin, dass Michael Therapie für sich nur im Familienkontext als sinnvoll konstruiert, dahingegen erlebt er Therapie mit dem Fokus auf ihn als Individuum als nicht notwendig. Thematisierungen seiner Person im therapeutischen Kontext werden eher als Angriff erlebt. Im Gegensatz dazu erlebt Michael den Fokus auf seine Person positiv, in *Sicherheit* und *Vertrauen*, in der Interaktion mit seiner Partnerin, dem Hausarzt sowie mit Freunden, Interaktionskontexte in denen Michael sich als kompetent erlebt.

Aus dem subjektiven Modell zum Therapieerleben von Michael ergeben sich im Wesentlichen zwei Diskussionspunkte. Zum einen rückt die Bedeutung einer gelingenden Klient-Therapeut-Beziehung in den Fokus. Zum anderen zeigt sich als prägnantes Thema der Familientherapie, dass die Familienmitglieder ohne Symptom eventuell nur geringe Bereitschaft bezüglich einer Thematisierung ihres eigenen Verhaltens in der Therapie mitbringen. Diese Punkte werden in Kap.8 genauer diskutiert.

### **7.1.3 Interview III Clara – „Unterstützung bekommen und selbst viel schaffen“**

Clara ist taub und hat zwei hörende Kinder im Alter unter 10 Jahren. Ihr Partner ist ebenfalls taub und die Kommunikation findet wie mit den Kindern in Gebärdensprache statt. Die Beratung begann ca. 2009 und befindet sich im Herbst 2011 in der Endphase. Die Klientin

wohnt ca. 80 km von der Beratungsstelle entfernt; die Beratung fand bisher überwiegend bei Clara zuhause statt. Seit einigen Monaten besucht Clara zusätzlich einen Psychologischen Psychotherapeuten (ohne Gebärdenkenntnisse), die Beratung mit der Therapeutin von „sichtbar!“ findet weiter in unregelmäßigem Abstand statt. Wie in den ersten beiden Falldarstellungen werden die Daten in der ESA zuerst formal analysiert und dann inhaltlich interpretiert.

### *Formale Analyse der ESA*

Die erste und zweite Dimension der ESA, in der Claras Deutungs- und Erlebnisraum der erlebten Therapie abgebildet sind, ist in Abbildung 12 dargestellt. Auf den ersten Blick wird erkennbar, dass sich weniger Elemente über den Raum verteilen, als in den anderen Interviews. In dem Interview mit Clara wurden mehrere Elemente nicht einbezogen, da sie entweder auf ihre Situation nicht zutreffend waren oder in ihrer Bedeutung nicht verstanden wurden. Hinsichtlich der zwei Hauptdimensionen ist, wie bei den anderen beiden Interviews auch, eine Häufung um die erste Dimension (x-Achse) zu erkennen; die Varianzaufklärung der ersten Dimension beträgt 71,8%. Die zweite Dimension klärt mit 17,14% deutlich weniger Varianz auf. Die dritte Dimension liegt bei 7,3% Varianzaufklärung und wird deshalb in der Analyse nicht berücksichtigt.

In den linken Quadranten (I und IV) finden sich Elementhäufungen, die auf Bedeutungsähnlichkeit der Elemente hindeuten. In Quadrant I liegen die Elemente „Mein Partner“, „Gespräch bei sichtbar!“ und „Gespräch mit dem Psychologen“ sowie „Kind 1“ und „Kind 2“ sehr nah beieinander. Im Quadrant IV liegen die Elemente „Klima in der Familie heute“ und „ich selbst“ sehr dicht beieinander.

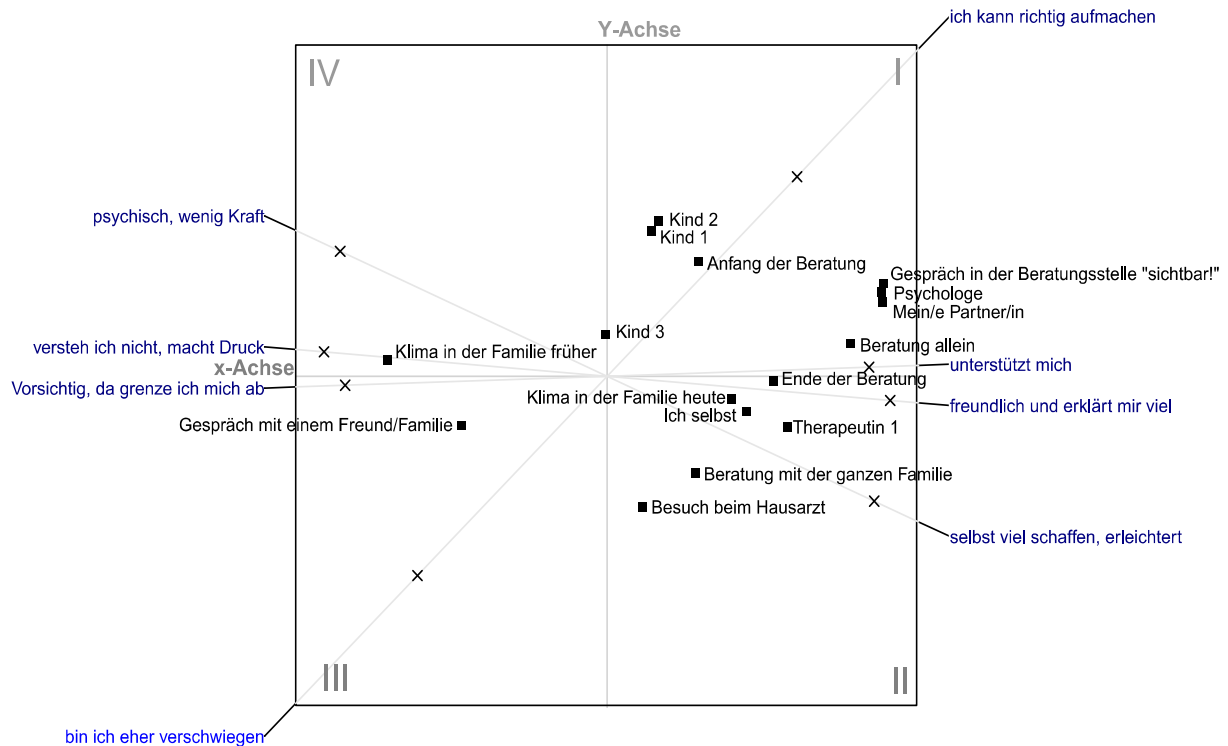


Abbildung 12: ESA Therapieerleben Clara – erste und zweite Dimension

Anhand der Hauptdimensionen lässt sich Claras Bezugsrahmen bei der Deutung und Bewertung des Therapieerlebens erkennen; in Abbildung 13 sind die zwei Dimensionen mit allen Konstrukten dargestellt:

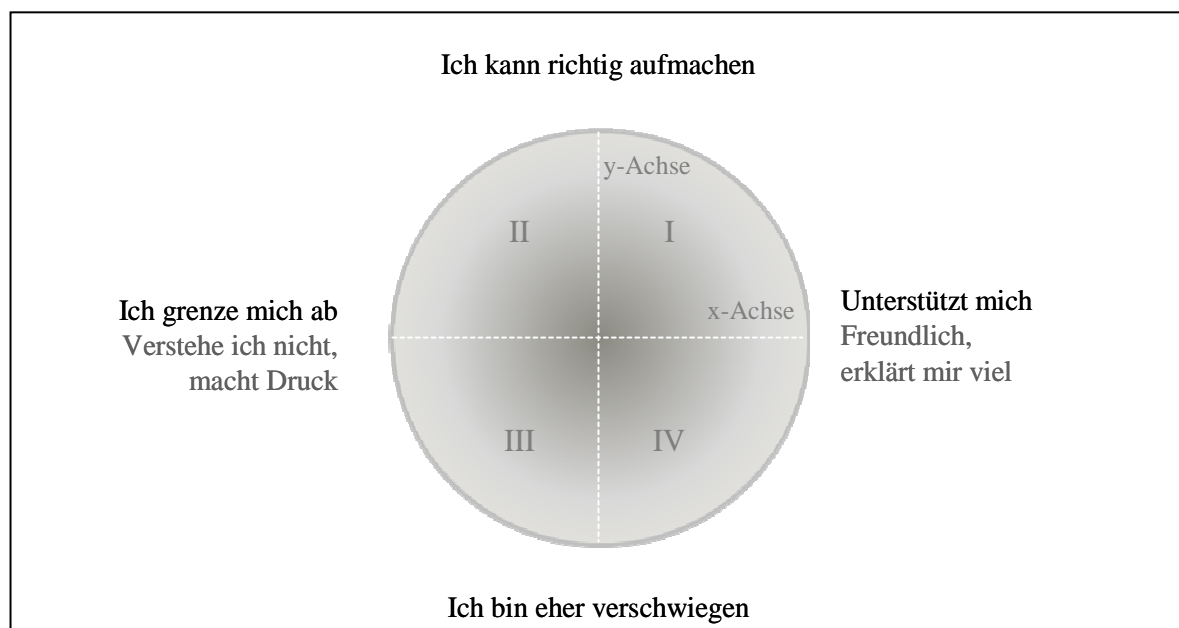


Abbildung 13: Hauptdimensionen in der Deutung und Erleben von Therapie (Clara)

Die erste Dimension (x-Achse) wird am besten mit den Konstruktpolen *Verstehe ich nicht, macht Druck* und *Vorsichtig, da grenze ich mich ab* auf der linken Seite und *Unterstützt mich; Freundlich, erklärt mir viel* auf der rechten Seite beschrieben. Aus den Konstrukten wird ersichtlich, dass auch in diesem Interview die erste Dimension als Valenzdimension beschrieben werden kann: *freundlich, unterstützend* auf der positiven Seite und *macht Druck* und *vorsichtig* auf der negativen Seite. Dadurch lässt sich die erste Dimension zusammenfassen als

*Druck durch Verständnisprobleme*

vs.

*Unterstützung durch Erklärung.*

Die zweite Dimension spannt sich zwischen folgenden zwei Konstruktpolen auf:

*Ich bin eher verschwiegen*

vs.

*Ich kann richtig aufmachen.*

Um Claras Deutungs- und Erlebnisraum von der erlebten Therapie genauer zu verstehen, werden im Folgenden die Quadranten mit der Mischung aus Elementen und Konstrukten dargestellt (Abbildung 14). Auf den ersten Blick fällt auf, dass in den linken beiden Quadranten (II und III) nur zwei Elemente angeordnet sind. Diese Verteilung deutet darauf hin, dass die erlebte Therapie, Gespräche beim Arzt sowie auch private Gespräche tendenziell positiv bewertet werden.

<i>Psychisch wenig Kraft</i> <i>Verstehe ich nicht, macht Druck</i>  Klima in der Familie früher	<i>Ich kann richtig aufmachen</i> <i>Unterstützt mich</i>  Kinder Mein Partner Anfang der Beratung Gespräch beim Psychologen
Gespräch mit einer Freundin   <i>Vorsichtig, da grenze ich mich ab</i> <i>Ich bin eher verschwiegen</i>	Klima in der Familie heute Therapeutin sichtbar! Ende der Beratung Hausarzt   <i>Freundlich, erklärt mir viel</i> <i>Selbst viel schaffen, erleichtert</i>

Abbildung 14: Konstrukte (kursiv) und Elemente in den Quadranten (Clara)



Die Quadranten in der linken Hälfte (II und III) sind klar zu beschreiben. Im II. Quadranten beschreibt Clara mit dem Konstrukt *Verstehe ich nicht, macht Druck* die Situationen, in denen sie Kommunikationsbarrieren erlebt, es werden Anforderungen an sie gestellt, die sie nicht versteht und als Druck erlebt. Als Beispiel wird im Gespräch eine Situation beschrieben, in der eine Person mit ihr per Schriftsprache über eine Unterschrift eines Formulars kommuniziert; Clara versteht den Inhalt nicht und fühlt sich überfordert (3/T/1:03). Weiter beschreibt sie, dass sie aufgrund geringer Erfahrung in der Interaktion mit hörenden Personen, in Situationen mit misslingender Kommunikation verunsichert ist, etwas falsch zu machen (3/T/1:01). Das zweite Konstrukt, das diesen Raum beschreibt, ist *Psychisch wenig Kraft*. Aus dem Interviewskript wird deutlich, dass diese Beschreibung vor allem auf Clara selbst zu Beginn der Therapie zutrifft. Während es in dem oberen linken Quadranten also um negative Erfahrungen im privaten Bereich geht, sind im rechten oberen Quadranten (I) positive persönliche Begegnungen beschrieben. In diesem Erlebnisraum geht es um Vertrauen gegenüber den einzelnen Familienmitgliedern, gegenüber dem Psychologen und am Anfang der Therapie gegenüber einer Therapeutin von „sichtbar!“. In diesem Bereich ist es möglich, sich zu öffnen – *Ich kann richtig aufmachen* – und auf diese Weise durch tiefe Gespräche Unterstützung zu erfahren. In der Interviewaufnahme wird deutlich, dass sich der Grad des Öffnens gegenüber der Therapeutin von „sichtbar!“ im Laufe der Therapie verändert hat: Am „Anfang der Beratung“ (I. Quadrant) wurde sehr viel mit der Therapeutin besprochen. Seit eine weitere therapeutische Hilfe („Psychologe“) in Anspruch genommen wird, wird in der Beratung mit der Therapeutin von „sichtbar!“ weniger ausführlich über persönliche Themen gesprochen – dafür sei nun der Psychologe der Ort der Wahl. Die Gespräche bei dem Psychologen charakterisiert Clara mit „unter die Haut gehen“ und „viel mit Gefühl zu tun haben“ (3/T/31:18). Im Gegensatz zu der gebärdenskompetenten Therapeutin von „sichtbar!“ hat der Psychologe kein Wissen über Kommunikation und Kultur tauber Menschen und die Therapie findet mit einer Dolmetscherin statt. Clara schreibt der Kommunikation in der Therapie mit Dolmetscherin keine Nachteile zu: „was der sagt, das wird mir ja übersetzt, aber das kommt total bei mir an“ (3/T/33:52).

Im Gegensatz zu den oberen Quadranten geht es in den unteren Quadranten tendenziell um Begegnungen und Gespräche, die dem Informationsaustausch und der Unterstützung im Alltag dienen. In diesem Rahmen geht es weniger um die Bearbeitung tiefergehender emotionaler Probleme als um eine klare Unterstützung im Alltag. Wichtig ist hierbei auch Claras positive Selbstbeschreibung in diesem Rahmen: *Selbst viel schaffen, erleichtert*. Dar-

aus lässt sich interpretieren, dass die Notwendigkeit für diese Unterstützung im Alltag gering ist – wenn Bedarf da ist, kann Clara sich selbst die Hilfe beispielsweise beim Hausarzt holen. Auch das Konstrukt *Freundlich, erklärt mir viel* kann als Informationsvermittlung zur Unterstützung im Alltag interpretiert werden. Diesem Erleben ordnet Clara auch die Therapeutin der Beratungsstelle, die Beratungsgespräche am „Ende der Beratung“ und „Besuch beim Hausarzt“ ein. Auch das „Klima in der Familie heute“ wird mit den Konstrukt *Selbst viel schaffen, erleichtert* beschrieben und verdeutlicht, dass Clara sich, im Vergleich zu dem „Klima in der Familie früher“, in der Familie viel stärker fühlt. Der gegenwärtige Alltag wird mit Erleichterung anstelle von früherer Belastung beschrieben. Das Element „Beratung mit der Familie“ (mit beiden Töchtern) kann in Beziehung zu dem Element „Beratung allein“ interpretiert werden – es zeigt sich, dass Clara sich im Familiensetting mit beiden Töchtern weniger öffnet bzw. es nicht primär um ihre eigenen emotionalen Probleme geht.

Im unteren linken Quadranten bildet sich das negative Erleben von alltäglichen Begegnungen ab – am Beispiel von Gesprächen mit einer Freundin/Bekannten berichtet Clara, sich zurückzunehmen und ohne Vertrauen *nicht aufmachen* zu können. Ihre Freundin gebe ihr manchmal Unterstützung bei alltäglichen Sachen wie renovieren und einkaufen. Aber ansonsten *grenzt sie sich ab*, da sie sich nicht sicher sein könnte, ob diese Freundin lügt und dann *nicke sie das dann so ab* (3/T/15:15). Diese Vorsicht habe Clara auch bei anderen tauben Personen, da sei sie momentan *eher verschwiegen* und *merke, da sage sie zur Zeit gar nichts* (3/T/1:25:17).

Im Interview kam ein weiterer Themenbereich zur Sprache, der nicht mit in den Grid-Daten erfasst wurde. Aus dem Gespräch (3/T/1:13:30) lässt sich das Konstrukt *Kommunikation klappt vs. Kommunikation klappt nicht, bin auf mich gestellt* entnehmen. Als Beispiel schildert Clara eine Situation mit fehlgeschlagener Kommunikation im Krankenhaus: Die Kommunikation über Schriftsprache führte zu Verständnisproblemen und löste Angst bei Clara aus. Clara erlebte in dieser Not, dass ohne die gelingende Kommunikation *nur noch Gottvertrauen helfe*. Das Beispiel verdeutlicht eindringlich die Folgen von misslingender Kommunikation auf das Kontrollerleben und das Selbstwirksamkeitsgefühl bei Clara. Die Interpretationen lassen sich in einem subjektiven Modell zum Therapieerleben bei Clara verdichten (Abbildung 15).

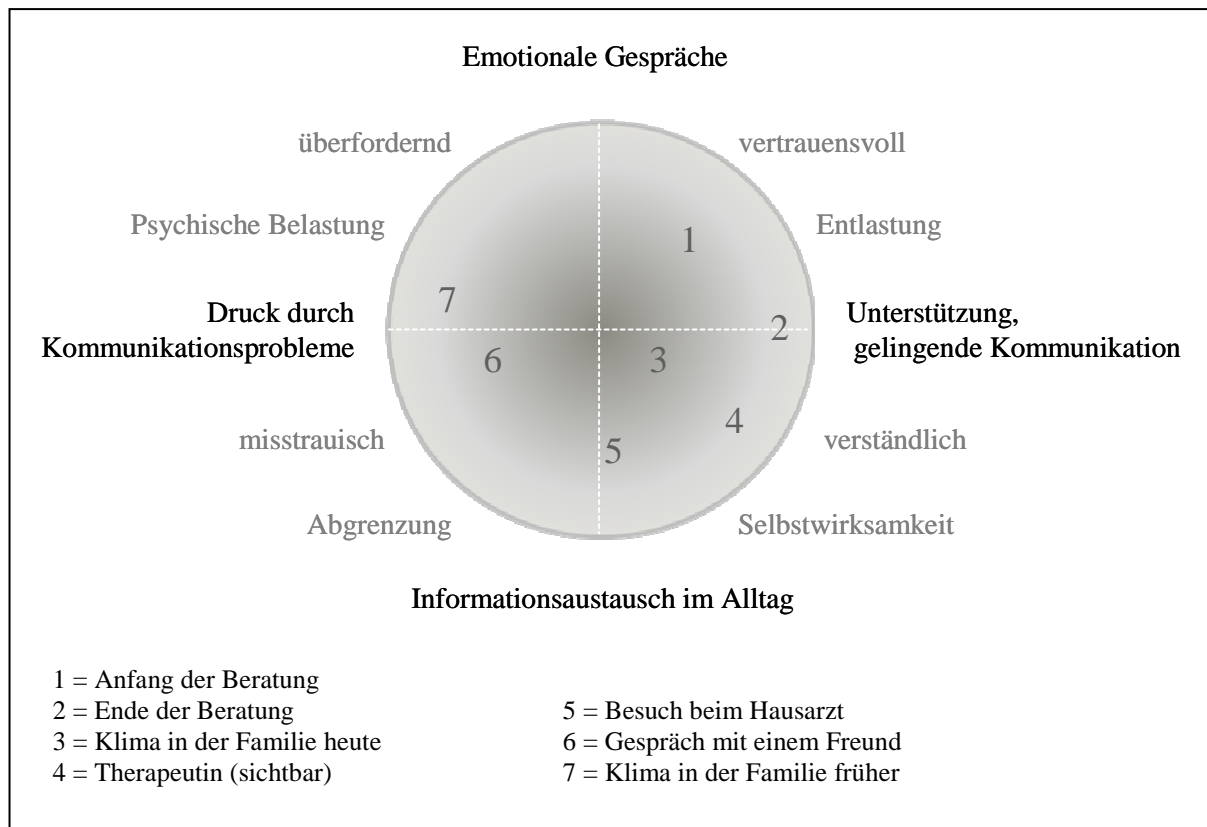


Abbildung 15: Subjektives Modell zum Therapieerleben (Clara)

Im subjektiven Modell zum Therapieerleben von Clara wird deutlich, dass sie in ihrem Erleben eine Unterscheidung macht zwischen Gesprächen, in denen sie sich ganz öffnet und mit viel Gefühl auch persönliche Probleme bearbeitet werden, und Gesprächen, die weniger emotional sind, in denen es um einen Informationsaustausch geht und in denen sie sich selbst als kompetent erlebt. Ihre Erwartungen an Therapiegespräche fallen dabei in beide Bereiche – Clara wünscht sich sowohl Unterstützung bei belastenden Problemen als auch im Alltag. Im Interviewgespräch berichtete Clara von alltagsnaher Unterstützung der Therapeutin von „sichtbar!“ beispielsweise bei Briefverkehr, Orientierungen in einer neuen Stadt und Fragen zu Interaktionen mit hörenden Personen. Unter Betrachtung der Elemente „Anfang und Ende der Beratung“ ist eine Veränderung der erlebten Unterstützung durch die Therapeutin von „sichtbar!“ zu erkennen: Zu Beginn der Beratung erlebte Clara emotionale Unterstützung und Hilfe bei psychischen Problemen. Zum Zeitpunkt des Interviews hingegen nimmt sie sich selbst als stark wahr und erwartet von der Therapeutin eine Alltagsstütze zum selbstständigen Problemlösen. Dadurch zeichnet sich ab, dass sich in der Zeit der Beratung Claras Befinden verändert hat, und sie sich von Belastung zu Erleichterung und Kompetenzerleben entwickelt hat. Die Therapie bei „sichtbar!“ kann dabei eine wichtige unterstützende Rolle

eingenommen haben. Im Gegensatz zu den ersten beiden Interviews schildert Clara neben *Freundlichkeit* kein klares Bild von gewünschten Eigenschaften bei Therapeuten. Die Hilfe und Unterstützung steht für Clara im Mittelpunkt, was sie sich in der Klient-Therapeut-Beziehung wünscht, um zu vertrauen und sich zu öffnen, bleibt unklar. Eindeutig dahingegen zeigt sich in ihrem Erleben die Bedeutung von gelingender Kommunikation als Voraussetzung für Unterstützung. Im Gegenzug dazu eröffnet misslingende Kommunikation einen negativ erlebten Raum in dem Mistrauen, Druck und Belastung thematisiert werden. In den Therapieangeboten, die Clara in Anspruch nimmt, wird die Kommunikation als gelingend erlebt was Erfahrungen von emotionaler Entlastung und eigener Stärke mit sich bringt. Bei diesem Erleben bildet sich kein Unterschied zwischen der direkten Kommunikation mit der Therapeutin von „sichtbar!“ und der Kommunikation über eine Dolmetscherin bei dem Psychologen ab.

Mehrere Aspekte aus Claras Erleben der Therapie geben Anlass für generellere Diskussionsfragen: Die „Verschiebung der Zuständigkeit“ für emotionale Probleme innerhalb des Helfersystems lässt die Frage nach einer sinnvollen und gelingenden Zusammenarbeit mehrerer professioneller Helfer aufkommen. Weiter zeigt sich bei Clara ein Wunsch nach Unterstützung bei Alltagsfragen wie Briefwechsel etc. – ist dies ein spezielles Phänomen in einer Erziehungsberatungsstelle für taube Klienten? Diese Fragen werden ebenfalls ausführlich in Kapitel 8 diskutiert.

## 7.2 Inhaltsanalytische Betrachtung der Konstrukte

Im Anschluss an die ausführlichen Fallanalysen werden im Folgenden die Konstrukte aller Interviews inhaltsanalytisch ausgewertet und zentrale Themen der Interviewpersonen herausgearbeitet. Anschließend werden diese Themen verwendet, um ein übergreifendes Modell zum Therapieerleben der Interviewpersonen zu erarbeiten (Kap. 7.3).

Rangosch-Schneck (2009) stellt verschiedene Möglichkeiten einer inhaltsanalytischen Analyse der qualitativen Grid-Daten (hier Konstrukte) vor. Angelehnt an Willutzki (1993) schlägt sie eine Einordnung der Konstrukte aus allen Interviews in ein Kategoriensystem vor. Dieses Kategoriensystem kann theoriegeleitet a priori festgelegt oder aus dem Material heraus gebildet werden. Letzteres bringe dabei den Vorteil, dass eine materialgesteuerte Analyse erhobener Konstrukte zu zusätzlichen, nicht erwarteten Kategorien führe könne und somit einen größeren Erkenntnisgewinn ermögliche (Willutzki, 1993, S. 110). Im Folgenden werden also dementsprechend die Konstrukte aus den Einzelinterviews in Kategorien

eingeordnet, die sich aus den Daten ableiten lassen. Es werden neben den Konstrukten aus den Repertory Grid-Interviews auch die Konstrukte einbezogen, die sich aus den Interviewgesprächen ableiten lassen.

In Tabelle 4 werden die Kategorien mit den zugehörigen Konstrukten dargestellt, wobei die negativ bewerteten Konstrukte auf der linken und die positiv bewerteten Konstrukte auf der rechten Seite angeordnet sind. Aus den Konstrukten der drei Interviews lassen sich sieben Kategorien ableiten, die als wichtige Themenbereiche der KlientInnen<sup>55</sup> hinsichtlich des Therapieerlebens verstanden werden. Neben persönlichen Eigenschaften des Therapeuten sind vor allem Erwartungen an die Gesprächs- und Beziehungsgestaltung differenziert dargestellt. Weiter stellen die Familienatmosphäre und erlebte Probleme wichtige Aspekte im Therapieerleben dar. Auch der Zusammenhang mit der Taubheit der KlientInnen wird hinsichtlich der Kommunikationsanforderungen und des Zugangs zu Beratungsangeboten thematisiert.

Um ein Bild der Beratungsstelle „sichtbar!“ auf den gesammelten Konstrukten zu erlangen, wurden die Konstrukte in Tabelle 4 grau hinterlegt, mit denen das Element „Gespräch bei sichtbar!“ beschrieben wird. Daraus lässt sich erkennen, dass die Beratungsstelle insgesamt positiv bewertet wird. In Kapitel 8 wird diese Einschätzung detaillierter diskutiert.

---

<sup>55</sup> Die Schreibweise „KlientInnen“ bezieht sich auf die drei Interviewpersonen, die allgemeine Bezeichnung von Klienten und Klientinnen wird der Einfachheit halber nur in der Form „Klienten“ angegeben, bezieht sich aber selbstverständlich auf beide Geschlechter.

Tabelle 4: Inhaltsanalytische Kategorien und zugeordnete Konstrukte

–	Beziehungsgestaltung	+
Vorsichtig, da grenze ich mich ab	Freundlich, erklärt mir viel	
Bin ich eher verschwiegen	Vertrauen da	
Geht nur um mich, andere neutral	Gemeinsamer Erfahrungsaustausch	
Katastrophe	Unterstützt mich	
	Ich kann richtig aufmachen	
–	Gesprächsgestaltung	+
Wie Verhör	Locker	
Abbruch im Gespräch, abgelenkt	Konzentration im Gespräch, Klarheit	
Oberflächlich	Tief	
–	persönliche Eigenschaften des Therapeuten	+
Nicht neutral, Vorurteile da	Unvoreingenommen, neutral	
Kalt, sachlich	Einfühlsam, warm	
Respektlos		
–	Atmosphäre	+
Gereizt	Entspannt	
Unruhig	Gelassenes Klima, Klarheit	
Belastend	Ruhig	
–	Problemerleben	+
Psychisch wenig Kraft	Probleme selbst lösen	
Sorgen, Anspannung	Selbst viel schaffen, erleichtert	
Sorge um Tochter		
–	Kommunikation	+
Kommunikation klappt nicht, auf mich gestellt	Kommunikation klappt, Konzentration auf Inhalt	
Kommunikation & GL-Hintergrund nicht kennen	Kommunikation & GL-Hintergrund kennen	
Versteh ich nicht, macht Druck		
–	Zugang zum Angebot	+
Umständlich, mühsam (Zugang)	Einfach zugänglich	

Werden die genannten Themenbereiche auf die subjektiven Modelle der KlientInnen rückbezogen, wird ersichtlich, dass sich die Themenbereiche nicht deutlich bestimmten Erlebnisräumen zuordnen lassen. Nur der Themenbereich *Problemerleben* ist übergreifend zwei Erlebnisräumen zugeordnet: Negatives Problemerleben (*Sorgen, Anspannung, Psychisch wenig Kraft*) sind bei Sabina und Clara im oberen linken Raum der ESA beschrieben, während positives Problemerleben (*Selbst viel schaffen, Selbst Probleme lösen*) im unteren rechten Quadranten beschrieben wird. Im nächsten Abschnitt wird aus der gemeinsamen Betrachtung der drei subjektiven Modelle und der abgeleiteten Kernthemen ein übergreifendes Modell zum Therapieerleben der drei Interviewpersonen abgeleitet.

### 7.3 Ein übergreifendes Modell zum Therapieerleben

In den Einzelfallanalysen wurden die drei Interviews ausführlich beschrieben und interpretiert, sodass ein Verständnis des jeweiligen subjektiven Erlebens der Therapie vermittelt werden konnte. Dabei wurde deutlich, dass bei den einzelnen Personen unterschiedliche Themen im Erleben fokussiert werden. Gleichzeitig lassen sich bei den drei Interviews gemeinsame Muster unter Berücksichtigung der Hauptdimensionen erkennen, die unter Hinzunahme der fünf Kernthemenbereiche (Tabelle 4) zu einem übergreifenden Modell des Therapieerlebens verdichtet werden können. Ähnlichkeiten von Konstrukten bei mehreren Personen hat Kelly (1955) in seinem Kommunalitäts-Korollarium postuliert: Ähnliche Erfahrungen bei Personen können zu ähnlichen Konstruktionen dieser Erfahrung führen. In Abbildung 16 werden die übergreifenden Hauptdimensionen (x- und y-Achse) und die sich daraus ergebenden Erlebnisräume (Quadranten) dargestellt.<sup>56</sup> Die Erlebnisqualität der Quadranten ist seitlich beschrieben; in den Quadranten ist das Erleben mit einem Interviewzitat veranschaulicht.

Die Valenzdimension liegt auch im übergreifenden Modell auf der ersten Dimension (x-Achse). In der Analyse der Daten waren die Valenzdimensionen in allen Interviews besonders bedeutsam, was sich u.a. in einer sehr hohen Varianzaufklärung der ersten Dimension zeigt (79,96%, 62,53% und 71,8%). Die Konstrukte, die die Valenzdimension bestimmen, lassen sich zu folgenden Kernthemen (aus Tabelle 4) zusammenfassen: *Zugang, Kommunikation, Beziehungs- und Gesprächsgestaltung sowie persönliche Eigenschaften des Therapeuten*. Diese Themen stellen die Hauptentscheidungskriterien der Interviewpersonen dar, ob die Unterstützung als gelungen oder misslungen bewertet wird. Dadurch lässt sich

<sup>56</sup> Für die Darstellung des übergreifenden Modells wurde die ESA von Claras Interview (Abbildung 12) routiert.

die Valenzdimension übergreifend auf dem negativen Pol mit *unterschiedlichen Barrieren in der Therapie* beschreiben. Im Gegenpol wird übergreifend eine *gelingende Unterstützung* beschrieben, geprägt durch positive Ausprägungen der oben dargestellten Kernthemen (Zugang, Kommunikation, Beziehungs- und Gesprächsgestaltung sowie persönliche Eigenschaften des Therapeuten). Diese Hauptdimension zwischen

*Gelingende Unterstützung*

vs.

*Barrieren in der Therapie*

stellt für die KlientInnen ein bedeutsames Deutungsmuster im Rückblick auf die erlebte Therapie dar. Die zweite Hauptdimension (y-Achse) spannt sich Interview-übergreifend auf zwischen den Polen

*Unterstützung im sozialen Umfeld: Austausch bei Alltagsschwierigkeiten*

vs.

*Professionelle Therapie/Tiefe Gespräche für Problemlösen.*

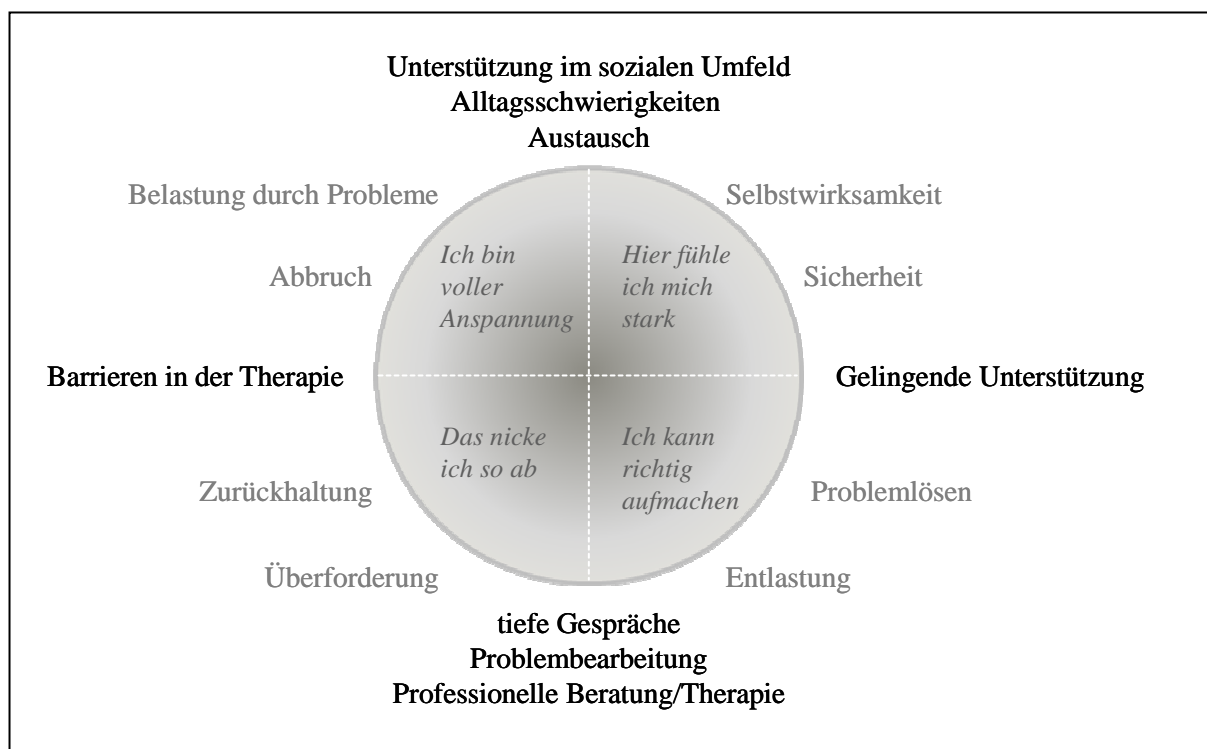


Abbildung 16: Übergreifendes Modell zum Therapieerleben

#### *Inhaltliche Interpretation des übergreifenden Modells zum Therapieerleben*

Auf der Valenzdimension kann Erleben von *Barrieren in der Unterstützung* in den Kernthemen konkretisiert werden: erschwelter Zugang zu speziellen Beratungsangeboten, Kommunikationsprobleme in nicht spezialisierten Angeboten sowie die Störung der Klient-



Therapeut-Beziehungen durch persönliche Eigenschaften des Therapeuten (beispielsweise *Respektlosigkeit*), Beziehungs- und Gesprächsgestaltung (beispielsweise *Abgrenzung, wie Verhör*). Im Gegenzug dazu können äußere Bedingungen (*Wohnortsnähe, formal einfacher Zugang, gelingende Kommunikation*) sowie auch das Therapiesetting und persönliche Eigenschaften/Kompetenzen des Therapeuten (beispielsweise *emfühlend, vertrauensvoll*) zu einer *gelingenden Unterstützung* beitragen. Wird zu der Valenzdimension die zweite Hauptdimension – die hier den Raum zwischen *sozialem Umfeld* und *professioneller Unterstützung* aufspannt – hinzugezogen, zeigt sich der ganze Erlebnisraum der Interviewpersonen bezüglich der erlebten Therapie. In dieser übergreifenden Darstellung wird deutlich, dass in einer gelingenden professionellen Unterstützung Entlastung durch Problemlösung erwartet wird; Vertrauen und Angenommensein in der Klient-Therapeut-Beziehung sind Bedingung für ein kooperatives Arbeiten und Veränderung. Verschiedene Faktoren können als Voraussetzung für ein erlebtes Gelingen von professioneller Unterstützung bezeichnet werden: Im Zusammenhang mit der Hörschädigung der KlientInnen bildet sich gelingende Kommunikation als eine wichtige Grundvoraussetzung in der therapeutischen Begegnung ab. Auf der Gegenseite werden formale Hürden wie beispielsweise Antragsstellung auf Kostenübernahme beim Jugendamt als Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung erlebt. Einen weiteren Einflussfaktor auf das Gelingen oder Scheitern der Therapie stellt die Klient-Therapeut-Beziehung dar: Wenn sich der Klient beispielsweise mit der Fragetechnik überfordert oder durch eine sachliche Atmosphäre abgeschreckt fühlt, wird ein therapeutisches Arbeiten erschwert. Förderlich dahingegen ist eine vertrauensvolle Beziehung, in der sich der Klient öffnen kann sowie Unterstützung beim Selbstlösen der Probleme erfährt. In dem Modell ist weiter eine erlebte Differenzierung von professioneller und sozialer Unterstützung zu erkennen: Während es in der professionellen Beratung um Hilfe bei belastenden Problemen in der Familie geht, können Alltagsschwierigkeiten von privater Unterstützung aufgefangen werden. In einem Austausch mit Familie/Freunden oder bei einem Besuch beim Hausarzt fühlen sich die Interviewpersonen kompetent, um Problemen im Alltag begegnen zu können. Störungen im sozialen Umfeld beispielsweise in der Familie oder in der Interaktion mit Bekannten werden mit Anspannung und drohendem Abbruch erlebt, diesem Erleben entspringt der Wunsch nach Veränderung. Entweder kann dieser Wunsch nach Veränderung im privaten Austausch mit einem hohen Selbstwirksamkeitserleben der Personen ausgelebt oder professionelle Hilfe beim Lösen der Probleme gesucht werden. Die Entwicklung von einer belastenden Familiensituation zu einer Entlastung durch professionelle Beratung wird

in zwei Interviews mit einer Entwicklung von *Unruhe* zu *Klarheit*, *Entlastung* beschrieben. Es lässt sich daraus schließen, dass ein relativ unklares Erleben der Familienprobleme als *Unruhe* beschrieben wird; der therapeutische Prozess wird als eine Reduktion dieser Unruhe und Unklarheit und als eine Entwicklung zu einem klareren Verständnis der Familiendynamiken erlebt.

In der Darstellung und Interpretation des übergreifenden Modells zum Therapieerleben wird deutlich, welche Faktoren als Barrieren in der Therapie erlebt werden und welche Faktoren die KlientInnen in Zusammenhang mit dem Gelingen der Unterstützung erleben. Außerdem zeigt sich deutlich eine differenzierte Erwartungshaltung gegenüber privater und professioneller Unterstützung. Die Ergebnisse werden in dem folgenden Kapitel ausführlicher diskutiert.

## 8 Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse aus den Repertory Grid-Interviews werden im Folgenden ausführlich diskutiert. Im ersten Abschnitt werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Theorie (siehe Kap. 2 und Kap. 3) diskutiert. Anschließend werden die Ergebnisse auf die Evaluationsfragen (siehe Kap. 4) zurückbezogen. Darauf folgen eine kritische Reflexion des Vorgehens und ein Fazit dieser Arbeit. Abschließend wird ein Ausblick hinsichtlich weiterer Forschung angefügt.

### 8.1 Diskussion der Ergebnisse

Aus den Interviews ergeben sich innere und äußere Einflüsse auf den Therapieprozess, die für die KlientInnen von Bedeutung sind. Die wichtigsten Themen, die sich aus den Einzelfallanalysen und dem übergreifendem Modell zum Therapieerleben der InterviewpartnerInnen ergeben, lassen sich in vier Diskussionsbereiche zusammenfassen: Bewertungsdimensionen der KlientInnen, äußere Einflussfaktoren auf den therapeutischen Prozess, die Veränderungsbereitschaft der einzelnen Familienmitglieder in der Familientherapie und das Verhältnis von privater und professioneller Unterstützung.

#### *Bewertungsdimensionen der KlientInnen*

In den Daten zeigen sich verschiedene Bewertungsdimensionen, die das Therapieerleben der KlientInnen prägen. Eine dieser Bewertungsdimensionen bezieht sich auf die *persönlichen Eigenschaften* der Therapeutinnen<sup>57</sup> bei „sichtbar!“; eine wertschätzende und einfühlsame Art der Therapeutinnen ermöglicht eine vertrauensvolle Atmosphäre zur Problembearbeitung. Auch Schlippe (2010; Schlippe & Schweitzer, 2007) stellt die Persönlichkeit und Haltung des Therapeuten als größte Ressource und grundlegenden Einflussfaktor auf den therapeutischen Prozess dar (siehe auch Kapitel 3.1.4). Daraus folgert Schlippe eine Erwartung an die Therapeuten: Selbsterfahrung, Selbstkongruenz und Selbstachtung des Therapeuten seien notwendig, um eine wertschätzende Haltung gegenüber den Klienten zu gestalten (Schlippe, 2010, S. 89f.). Für den Therapeuten ist deshalb die Selbsterfahrung in der Ausbildung unverzichtbar, denn es liegt in seiner Verantwortung, seinen persönlichen Einfluss auf den Klienten und sein eigenes Handeln ständig zu reflektieren. Darauf aufbauend ist auch im weiteren therapeutischen Arbeiten die fortlaufende Supervision von großer Bedeutung, da jeder

<sup>57</sup> „Therapeutinnen“ bezieht sich im Folgenden auf die Therapeutinnen der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ – für die allgemeine Form wird „Therapeut“ verwendet.

Klient in dem Therapeuten andere Gedanken und Gefühle auslöst. Die Arbeit im therapeutischen Team bringt dabei die Möglichkeit, sich bei der Praxisreflexion gegenseitig zu unterstützen. Dafür braucht es im Team eine gleichberechtigte und annehmende Atmosphäre, die einen kritischen Austausch über die eigene therapeutische Arbeit ermöglicht.

Die Haltung des Therapeuten steht im engen Zusammenhang mit der *Beziehungsgestaltung* zwischen Klient und Therapeut; unbemerkte Gegenübertragungsphänomene haben direkten Einfluss auf die Klient-Therapeut-Interaktion. Beziehungs- und Interaktionsgestaltung zeichnen sich als weitere Bewertungsdimensionen der InterviewpartnerInnen ab. Positiv angenommen werden vertrauensvolle Beziehungen auf Augenhöhe, in der die Klienten als Experten anerkannt und wertgeschätzt werden (siehe auch Kapitel 3.1.4). In den Fallanalysen zeichnete sich auch das gegenteilige Bild ab: Herrschen Gefühle von Ablehnung und Angriff vor, kann es bei den KlientInnen zu Überforderung, Verweigerung und Abbruch des therapeutischen Bündnisses kommen. Kommt es zu einer Störung in der therapeutischen Beziehung, ist die therapeutische Zusammenarbeit für die ganze Familie gefährdet. Nach Schmidt-Traub (2003) ist es Aufgabe des Therapeuten, subtilen Hinweisen auf Störungen in der therapeutischen Beziehung nachzugehen und Initiative zu ergreifen, um die Störung aufzuklären. Wechselseitiges, offenes Zugeben von negativen Gefühlen in der therapeutischen Beziehung kann außerdem eine wichtige Lernerfahrung für den Patienten bezüglich der Lösungsprozesse bei persönlichen Problemen sein (ebenda). In der Familientherapie bietet eine erfolgreiche Lösung des Konflikts in Anwesenheit der anderen Familienmitglieder auch Lernpotenzial für die Familie im Umgang mit eigenen Familienkonflikten.

Neben Beziehungsgestaltung stellte sich die *Gesprächsgestaltung* als Bewertungsdimension der InterviewpartnerInnen heraus. Besonders bei der Methodenvielfalt der systemischen Therapie, ist die Auswahl angemessener Methoden von großer Bedeutung, um eine Überforderung des Klienten durch beispielsweise bestimmte Fragetechniken zu vermeiden. Auch das Setting der Familientherapie zeigte sich für die Gesprächsgestaltung von Bedeutung: In den Therapiesitzungen mit Kindern wurden Abbrüche in der Kommunikation erlebt, die die Konzentration auf den Inhalt erschwerten. Folglich ist die Wahl des Settings zu reflektieren und dem Inhalt des Therapietermins anzupassen. Gelingende Kommunikation zwischen Therapeutin und KlientIn zeigte sich in den Daten als Grundlage der Gesprächsgestaltung. Gebärdenkompetenz der Therapeutinnen von „sichtbar!“ wurde positiv bewertet und der generelle Wunsch nach tauben Therapeuten geäußert. Dieses Ergebnis bestätigt Levens (2003) Forderung nach Gebärdensprachkompetenz hörender Therapeuten einerseits und der

Ausbildung tauber Therapeuten andererseits. Der Einsatz von Dolmetschern in der Therapie wurde in den Interviews sehr unterschiedlich bewertet. Insgesamt wurde aber deutlich, dass der Einsatz eines Dolmetschers Einfluss auf den Therapieprozess ausübt. Dementsprechend sind die Folgen eines Dolmetschereinsatzes auf die Familieninteraktion in der Therapie zu thematisieren (siehe Kap. 2.5.2). Ein Beispiel aus den Interviews zeigte, dass es für taube Eltern eine interessante Erfahrung sein kann, durch den Dolmetscher Gespräche der hörenden Kinder untereinander (beispielsweise im Spiel) zu verstehen. An diesem Punkt setzt die Forderung von Glickmann und Harvey (2008) nach einer Spezialisierung hörender Therapeuten in der Arbeit mit tauben Patienten hinsichtlich der Kommunikation (Gebärdensprache oder kompetenter Umgang mit Dolmetschern) an.

In Kapitel 3.1.4 werden von Schwing und Fryszer (2006) vier Rollen des systemischen Beraters vorgestellt; die *Rolle der Therapeutin* zeichnete sich auch in den Daten als eine Bewertungsdimensionen der KlientInnen ab. Es zeigte sich deutlich, dass der therapeutischen Rolle des „teachers“ zum Teil eine große Bedeutung zukommt. Informationsvermittlung und Einüben von Verhaltensweisen im Umgang mit hörenden Personen werden positiv bewertet. Leven (2003) beschreibt, dass viele Probleme im Alltag von tauben Menschen auf Informationslücken zurückzuführen seien; somit kommt der Rolle des „teachers“ in der Therapie mit tauben Personen eine größere Rolle zu. In Kapitel 2.5.1 wurde dargestellt, dass von Therapeuten, die sich auf die Arbeit mit tauben Menschen spezialisiert haben, hohe Flexibilität gefordert wird. Da es nur wenige spezialisierte Psychotherapeuten gibt, müssen diese sich auf alle Anliegen der Klienten einstellen – nur selten können sie auf Kollegen verweisen. In den Ergebnissen zeigte sich außerdem, dass auch eine Flexibilität bezüglich der Rollen des Therapeuten („teacher“, „consultant“<sup>58</sup> etc.) gefordert wird.

In den Daten wurde ersichtlich, dass *Ressourcen-* und *Lösungsorientierung* des systemischen Handelns als positiv bewertet wurde. Die KlientInnen bewerten das Selbstwirksamkeitserleben in der Therapie sowie den Prozess, selbst Lösungen zu finden, als positiv. Es zeigt sich hier, dass diese Grundsätze der systemischen Therapie von den KlientInnen gut angenommen wurden.

Insgesamt lässt sich durch die Ausführung der Bewertungsdimensionen der InterviewpartnerInnen die Bedeutung unspezifischer Wirkfaktoren in der Psychotherapie (siehe Kap. 4.1) bestätigen. In den Daten lassen sich folgende unspezifische Wirkfaktoren erken-

---

<sup>58</sup> Zu der Rolle des Therapeuten siehe Kapitel 3.1.4.

nen, die sich auch in der Aufzählung von Pfammatter und Tschacher (2012, S. 71) wieder finden:

- Therapiebeziehung,<sup>59</sup>
- Abschwächung sozialer Isolation
- Ressourcenaktivierung
- Klärung.

Neben diesen inneren Bewertungsdimensionen der KlientInnen, stellten sich weitere Einflussfaktoren auf den Therapieprozess heraus, die im Folgenden dargestellt werden.

### *Äußere Einflussfaktoren auf den Therapieprozess*

Neben den inneren Bewertungen der KlientInnen wurden in den Daten äußere Faktoren sichtbar, die auf den Therapieprozess wirken: Gleichzeitige Interventionen verschiedener professioneller Helfer haben Einfluss auf die einzelnen Beziehungen zu den KlientInnen. Harvey (2003) stellt dar, dass Familien mit tauben Mitgliedern häufig schon früh in ein System mit verschiedenen professionellen Helfern (Audiologen, Mediziner, Pädagogen usw.) eingebettet sind. Hierbei betont Harvey, dass die verschiedenen Haltungen, Ziele und Herangehensweisen der professionellen Helfer Einfluss auf das Selbstverständnis und Handeln der Familie haben. Für die (familien-)therapeutische Arbeit ist es von Bedeutung, einen Überblick über und Kontakt zu den anderen beteiligten Helfersystemen (Jugendamt etc.) zu pflegen, mit denen die Familie zusammenarbeitet. Dabei ist in jedem Fall die Expertenrolle der Familie zu wahren sowie Schweigepflichtsregelungen<sup>60</sup> sind zu beachten.

### *Veränderungsbereitschaft einzelner Mitglieder in der systemischen Familientherapie*

Aus den Interviewergebnissen geht die Frage hervor, wie viel Veränderungsbereitschaft die einzelnen Familienmitglieder in die Familientherapie mitbringen. Bei Beginn der Therapie stehen häufig die Probleme/Symptome eines Familienmitglieds als Anlass der Therapie im Mittelpunkt. Das Verständnis des Problems ist häufig auf ein Familienmitglied beschränkt: „das Familienmitglied X hat ein Problem, das die Familie belastet und das Problem muss von dieser Person gelöst werden“. Die wechselseitige Bezogenheit des Verhaltens aller Familienmitglieder wird häufig nicht erkannt. Die grundlegenden systemischen Gedanken zu Zirkularität und dem Verständnis von Problemen (siehe Kap. 3.1.2) sind dem Alltagsver-

<sup>59</sup> Therapiebeziehung und Ressourcenaktivierung werden auch bei Grawe (1995) als Wirkfaktoren in der Psychotherapie beschrieben.

<sup>60</sup> Siehe hierzu auch Wirth (2006).

ständnis der Familien häufig fremd. Deshalb ist im Sinne der Transparenz des Vorgehens wichtig, den Familienmitgliedern ein Verständnis davon zu vermitteln, dass in der systemischen Sichtweise nicht einzelne Personen Störungen haben, sondern Konflikte und Störungen im Familiensystem häufig in Symptomen einzelner Personen Ausdruck finden. Die oben beschriebenen Bewertungsdimensionen sind dabei von Bedeutung, um eine Beziehung aufzubauen, in der sich die Mitglieder auf die systemische Perspektive einlassen können. Besonders einer Abwehrhaltung im Sinne „Mein Kind braucht eine Therapie, nicht ich“ ist die Feinfühligkeit der Therapeuten gefragt, um einen Perspektivwechsel zu ermöglichen.

### *Verhältnis von privater und professioneller Unterstützung*

Im übergreifendem Modell zum Therapieerleben der Interviewpersonen wurde auf der zweiten Hauptdimension die Unterscheidung zwischen privater und professioneller Hilfe deutlich – dabei stellt sich die Frage nach deren Verhältnis in der Bedeutung der Unterstützung für die Familien. Könnte ein gut ausgebautes soziales Netz die Familie so weit auffangen, dass professionelle Unterstützung nicht mehr notwendig ist? Viele Familien mit tauben Eltern haben ihre sozialen Kontakte in der Gebärdensprachgemeinschaft. Auf der einen Seite stützen diese Kontakte die Familien und stärken sie in ihrer Identität. Auf der anderen Seite gibt es häufig Vorbehalte, private Angelegenheiten oder Probleme in der Gemeinschaft zu besprechen, da die Taubengemeinschaft insgesamt klein ist und Sorge vor „Klatsch und Tratsch“<sup>61</sup> verbreitet ist – so äußerten sich auch zwei der Interviewpersonen. Kleine entlastende Gespräche mit Nachbarn oder Kollegen sind aufgrund der Kommunikationsprobleme meistens nur eingeschränkt möglich. Familien mit hörenden Eltern und tauben Kindern haben oft ähnliche Probleme; obwohl sie in Lautsprache mit Menschen in der Umgebung kommunizieren können, kann ihre Familiensituation meist nicht nachvollzogen werden. Auch Harvey (2003) betont in einem Modell zur biopsychosozialen Hierarchie die Bedeutung von informellen Netzwerken für die Familie. Eine wohnortsnahe Vernetzung von Familien mit tauben Eltern oder Kindern könnte hier die soziale Unterstützung in Alltagsfragen stärken und erste emotionale Entlastung geben. Die Bedeutung der Stärkung der informellen Netzwerke wird vor allem unter Berücksichtigung der geringen Anzahl der spezialisierten Angebote deutlich (siehe Kap. 2.5.1), die ein Risiko für die Chronifizierung von psychischen Krankheiten bei tauben Menschen darstellt. Für mehr Offenheit gegenüber Familienproblemen und psychischen Störungen innerhalb der Taubengemeinschaft findet bereits vielerorts

---

<sup>61</sup> Siehe hierzu Rien (o.J.b).

Aufklärung über diese Themen in regionalen Gehörlosenverbänden statt. Generell ist in der Gesellschaft vermehrt Anti-Stigma-Arbeit in Laut- und Gebärdensprache notwendig, um Menschen mit psychischen oder anderen Beeinträchtigungen nicht auszugrenzen.

## 8.2 Rückführung der Ergebnisse auf die Evaluationsfragen

Im ersten Teil dieses Kapitels wurden Fragen diskutiert, die sich aus den Daten der Interviews ergeben haben. Vor der Durchführung der Interviews wurden Evaluationsfragen festgelegt (siehe Kap. 4), die im Folgenden diskutiert werden.

*Welche Verhaltensweisen oder Eigenschaften der Therapeutinnen stellen sich als bedeutsam im Zusammenhang mit der Therapie heraus?*

Dieser Aspekt ist an mehreren Stellen der Ergebnisdarstellung und Diskussion thematisiert worden. Eigenschaften und Verhaltensweisen von Therapeuten sowie ihre persönliche Art der Gesprächs- und Beziehungsgestaltung sind wichtige Aspekte im Erleben und Bewerten der Therapie aus Klientensicht. Positiv erlebt werden vertrauensvolle, freundliche, einfühlsame Therapeuten, die mit den Klienten kommunizieren können. Abgelehnt werden sachliche und respektlose Therapeuten mit Vorurteilen. Weiter stellt es sich als bedeutsam heraus, dass Gespräche ruhig, klar und ohne Abbrüche gestaltet sind. Positiv wird ressourcenorientiertes Vorgehen bewertet, in dem die Klienten selbst Lösungen suchen und sich als kompetent erleben können. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist wesentlich von diesen Aspekten geprägt.

*Werden von den InterviewpartnerInnen Veränderungen beschrieben im Rückblick auf die Therapie? Wenn ja, welche?*

In den Grid-Daten bilden zwei Elemente-Paare die Veränderungen in der Familie und Veränderungen der Beratung über die Zeit ab: „Klima in der Familie früher“ vs. „Klima in der Familie heute“ und „Anfang der Therapie“ vs. „Ende der Therapie“. Die Veränderungen bezüglich der Therapie wurden von allen KlientInnen unterschiedlich beschrieben: Bei Michael entwickelte sich der Abbruch der Therapie, bei Clara änderte sich der inhaltliche Fokus der Therapie und bei Sabina wurde eine zunehmende Entspannung beschrieben. Die Beschreibungen der Veränderung des Familienklimas sind in den drei Fällen vergleichbar. Bei allen KlientInnen werden Veränderungen entlang der Valenzdimension beschrieben: Alle drei Personen bewerten ihre derzeitige Familiensituation positiver als zu Beginn der Famili-



entherapie. Diese Veränderungen können unterschiedlich interpretiert werden. Die Beratung bei „sichtbar!“ könnte kurz- oder langfristig zu einer positiven Veränderung in der Familiendynamik beitragen. Inwieweit andere Teile des professionellen Helfersystems oder private Umstände ebenfalls auf diese Entwicklung wirken, kann in diesem Rahmen nicht beantwortet werden. Übereinstimmend mit einem systemischen Verständnis von Kausalität kann nicht eine *Ursache* für diese Veränderung beschrieben werden. Ein Beispiel ist das Veränderungserleben von Michael: Er selbst brach die Therapie nach einem Jahr (2006) ab; seine Familie führte die Therapie weiter fort. Er beschreibt unabhängig von seinem „katastrophalen“ Erleben des Therapieabbruchs eine positive Veränderung des Familienklimas; welche Faktoren zu dieser Veränderung beitragen, bleibt unklar. Zudem spiegeln die Interviews das subjektive Erleben des Familienklimas *eines* Familienmitglieds wider, ob auch intersubjektiv eine Veränderung des Familienklimas wahrgenommen wird, ist aus den Daten nicht zu erklären.

#### *Sind die KlientInnen zufrieden?*

Die Zufriedenheit mit der erlebten Therapie in der Beratungsstelle fiel in den Interviews unterschiedlich aus. Unzufriedenheit wurde in einem Interview bezüglich Problemen in der therapeutischen Beziehung beschrieben, in der Respektlosigkeit und Angriffe erfahren wurden. Negativ bewertet wurde außerdem der Aufwand, der mit der Finanzierung der Maßnahme über das Jugendamt verbunden ist: Antragsstellung und Evaluation der Therapie mit unvertrauten Mitarbeitern des Jugendamtes wurden als mühsam erlebt. Zufriedenheit wurde hinsichtlich eines Therapieprozesses beschrieben, in dem sich die KlientInnen öffnen können, ein Austausch in der Familie angeregt wird und Unterstützung beim selbstständigen Lösen von Problemen geboten wird. Es wurde positiv bewertet, wenn die Familie durch die Therapie Entlastung erfuhr, sich Klarheit im Familienablauf einstellte und das Gefühl von Selbstwirksamkeit bei den Familienmitgliedern entwickelte. Von der generellen Beschreibung der Gespräche bei „sichtbar!“ mit positiv bewerteten Konstrukten (siehe Tabelle 4) kann man eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle ableiten.

#### *Zeigen sich spezielle Bedürfnisse in der Therapie, die im Zusammenhang mit der Hörschädigung der KlientInnen zu verstehen sind?*

Insgesamt zeigen sich in dem Erleben der KlientInnen viele Dimensionen, die nicht im Zusammenhang mit der Hörschädigung zu sehen sind. Die Bewertungsdimensionen (Klient-

Therapeut-Beziehung, Gesprächsgestaltung usw.) sowie die Unterscheidung zwischen privater und professioneller Hilfe sind nicht als spezifisch für taube Klienten zu verstehen. Auf der konkreteren Ebene werden spezielle Bedürfnisse sichtbar: dem Thema Kommunikation in der Gesprächs- und Beziehungsgestaltung kommt eine große Bedeutung zu. In den theoretischen Grundlagen zur Sozialisation und Kommunikation tauber Menschen (Kap. 2.2) wurden Kommunikationsbarrieren in der Interaktion mit hörenden Familien und dem sozialen Umfeld beschrieben. Auch in den Interviews zeigte sich die Bedeutung von gelingender Kommunikation in professioneller und auch privater Unterstützung. Außerdem äußerte eine Interviewpartnerin den Wunsch, auch Beratungsstellen zu besuchen, die keinen Bezug zu dem Thema Taubheit haben, da diese in ihrem Erleben einfacher zugänglich sind (örtlich und formal), um sich kurze Unterstützung bei kleinen Anliegen zu holen. Hier wurde auch ein Interesse an Therapeuten ohne Wissen über Taubenkultur deutlich, die andere, „unabhängige“ Ideen einbringen könnten. Hier lässt sich eine erlebte Einschränkung der Wahlmöglichkeiten von Hilfsangeboten durch die Hörschädigung erkennen. Der Zugang einer solchen Beratung ist an den Gebrauch eines Gebärdendolmetschers gebunden, was teilweise abgelehnt wird. Der Einsatz von Dolmetschern in der Therapie wurde unterschiedlich bewertet von den KlientInnen: Es wurde sowohl Anspannung in der Beratungssituation geschildert als auch ein problemloser Umgang mit Dolmetschern in der Therapiesituation.

Zusammenfassend können die Evaluationsfragen dieser Arbeit eingeschränkt auf die persönlichen Erfahrungen dreier KlientInnen beantwortet werden. Vor dem Hintergrund der Diskussion der Daten (Kap. 8.1) werden nach einer kritischen Reflexion des Vorgehens im Fazit Schlussfolgerungen für die Praxis und die wissenschaftliche Begleitforschung gezogen.

### **8.3 Kritische Reflexion**

Eine der Spezifika dieser Arbeit ist die Verwendung der Laut- und Gebärdensprache bei der Datenerhebung. Im Folgenden soll das Vorgehen kritisch reflektiert werden.

In dieser Arbeit wurde versucht, den Bedeutungsverlust in der Übersetzung von Gebärdensprache in Schriftsprache i) durch Videoaufzeichnungen und ii) durch kommunikative Validierung mit den Interviewpersonen so gering wie möglich zu halten (siehe Kap. 5.4 und Kap. 5.5). Dennoch ist ein Bedeutungsverlust nicht auszuschließen. Um die Gebärdensprache in dieser Arbeit sichtbar zu machen, wurde der Übersetzungsprozess transparent beschrieben. Jedoch ist die Gebärdensprache der Interviews in den schriftlichen Ausführungen

nicht mehr direkt erkennbar. Besser wäre an dieser Stelle eine Darstellung, in der die Charakteristika der Gebärdensprache erkennbar sind. Denkbar wäre eine Orientierung an dem tauben Wissenschaftler Ladd (2003, nach Temple und Young, 2004), der sich in seinen schriftlichen Darstellungen an der Grammatik der Gebärdensprache orientiert. Somit hebt sich die Gebärdensprache in seinen Forschungsberichten von der englischen Schriftsprache ab und kulturelle Unterschiede bleiben erkennbar.

Aufgrund der häufig niedrigen Schriftsprachkompetenz tauber Menschen (siehe Kap. 2) ist die Einbindung der Gebärdensprache in die Forschung nicht nur im Sinne interkultureller Verantwortung wichtig, sondern unabdingbar, um dem Kriterium der Validität zu entsprechen (Fellinger et al., 2005). Fellinger et al. (2005) benutzten in ihrer Studie zur Lebensqualität tauber Personen ein interaktives, computer-basiertes Interviewprogramm, in dem die Fragen und Antwortmöglichkeiten in Gebärdensprache zugänglich sind. Auch bei weiteren Forschungen mit der Repertory Grid-Technik ist eine größere Einbindung der Gebärdensprache in den Interview- und Auswertungsprozess vorstellbar. Denkbar wäre folgendes Modell: Die Elemente könnten in Form von Gebärdenpiktogrammen oder Gebärdenvideos mit einer schriftsprachlichen Untertitelung gestaltet werden.<sup>62</sup> Das Interview könnte in DGS geführt werden und die Bezeichnung Konstruktpole in Gebärdensprache könnte per Video aufgenommen und in dem Interviewprogramm gespeichert werden. Zu dem Rating der Elemente auf den Konstruktpolen könnten diese Videos genutzt werden. Simultan zu den Gebärdenvideos der Konstruktpole könnte, wie bei den Interviews dieser Arbeit, eine gemeinsame Übersetzung in Schriftsprache genutzt werden, um den Inhalt der Videos auf den ersten Blick zuzuordnen. Bei der grafischen Darstellung der Ergebnisse wären folglich die Gebärdenvideos (mit oder ohne Übersetzung des Inhalts) in der ESA darzustellen und per Mausklick abzuspielen. Die Software der aktuellen Repertory Grid-Programme wäre in diesem Punkt für ein solches Vorhaben zu erweitern.

Ein solches methodisches Vorgehen hätte zum einen den Vorteil für das Gespräch mit tauben Interviewpartnern, dass diese eine Wertschätzung ihrer Sprache erleben. Zum anderen kann ein Bedeutungsverlust weitestgehend vermieden werden, da eine Rückführung auf die Äußerungen in Gebärdensprache jederzeit möglich wäre. Dadurch könnte auch die Transparenz im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit in der Auswertung der Repertory Grid-Interviews erhöht werden (Dick, 2000).

<sup>62</sup> Die Funktion, Bilder/Videos einzubinden, ist in einigen Repertory Grid-Interviewprogrammen bereits vorhanden, aber noch nicht für den Einsatz der Gebärdensprache benutzt worden.

## 8.4 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit hat das subjektive Erleben systemischer Familientherapie aus Sicht drei tauber KlientInnen zum Gegenstand. Die Ergebnisse wurden zum einen vor dem wissenschaftlichen Hintergrund systemischer Therapie mit tauben Menschen reflektiert. Zum anderen wurde die therapeutische Arbeit der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ anhand der Daten evaluiert. Darauf aufbauend werden im Folgenden abschließende Gedanken dieser Arbeit ausgeführt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Das Therapieerleben der befragten KlientInnen ist durch die Bewertungsdimensionen *Persönliche Eigenschaften der Therapeutinnen, Beziehungs- und Gesprächsgestaltung, Rolle der Therapeutin, Ressourcen- und Lösungsorientierung* geprägt (siehe Kap. 8.1). Bezogen auf diese Bewertungsdimensionen erleben die KlientInnen die Unterstützung als gelungen oder misslungen; prägnanter gesprochen: Es hängt mit dem Erleben auf diesen Dimensionen zusammen, ob sie die Therapie positiv oder negativ bewerten. Neben dieser Valenzunterscheidung zeigt sich im Erleben der KlientInnen eine Differenzierung von Therapie und privater Unterstützung, die sich in unterschiedlichen Erwartungen an private und professionelle Hilfe äußert (siehe Kap. 7.3). Darüber hinaus liegen bei den KlientInnen nur wenige Vorstellungen oder Erwartungen über das Feld der Therapie vor. Die befragten KlientInnen wünschen sich Unterstützung bei ihren Problemen, tragen aber nur wenige eigene Vorstellungen und Erwartungen an den Therapieprozess heran. Zu Beginn ist der mögliche Verlauf der Therapie also für den Klienten relativ ungewiss, während der Therapeut durch seine Erfahrungen wahrscheinlich eine Vorstellung vom Therapieprozess haben wird. Um diese Ungewissheit des Klienten aufzufangen, ist zum einen der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung von Bedeutung, damit der Klient sich auf das Vorgehen des Therapeuten einlassen kann. Für hörende Therapeuten ist dabei die Empathiefähigkeit im interkulturellen Kontext bedeutsam. Zum anderen kommt der Transparenz über die Ziele und Abläufe in der Therapie sowie den (systemischen) Grundhaltungen des Therapeuten eine große Bedeutung zu, um die Klienten aktiv in den Therapieprozess einzubinden. In der therapeutischen Arbeit mit tauben Klienten ist die Aktivierung der Klienten zur Mitgestaltung im Sinne des Empowerments besonders wichtig, da viele taube Personen in ihrer Biografie mit hörenden „Professionellen“ konfrontiert sind/waren, die ihre persönlichen Ziele dominant durchsetzen, ohne in den Dialog zu treten (Hintermair & Tsirigotis, 2008).

Unter Berücksichtigung der kognitiven Bewertungsdimensionen der befragten KlientInnen und den unkonkreten Erwartungen an den Therapieprozess lässt sich für das therapeutische Arbeiten schließen: Nur im Dialog auf Augenhöhe ist mit den Klienten eine Basis für

einen gemeinsamen Weg zur Veränderung zu bewältigen. Dabei ist es die Aufgabe des Therapeuten, sich an die Kommunikationsbedürfnisse sowie den Erfahrungs- und Informationsstand des Klienten anzupassen.

In einer interviewübergreifenden Betrachtung zeigt sich, dass das Erleben der Therapie durch Bewertungs- und Deutungsmuster geprägt ist, die nicht im Zusammenhang mit der Taubheit der KlientInnen stehen. Erst auf einer konkreteren Ebene der Gesprächs- und Beziehungsgestaltung werden Bedürfnisse an die Kommunikation sichtbar, die speziell mit der Hörschädigung zusammenhängen. Es wird hier die Ansicht von Glickmann und Harvey (2008) bestätigt, dass keine Unterschiede im therapeutischen Prozess bei hörenden und tauben Patienten vorliegen. Grundvoraussetzungen einer gelingenden Kommunikation in der Therapie müssen dafür gesichert sein.

Auch wenn sich in den Daten übergreifende Dimensionen des Therapieerlebens zusammenfassen lassen, ist die Differenz im individuellen Erleben der KlientInnen nicht zu vernachlässigen; das Individuelle im Therapieerleben ist in den subjektiven Modellen des Therapieerlebens (siehe Kap. 7.1) zu erkennen. Für die therapeutische Praxis kann daraus gefolgert werden, dass im Sinne von Kelly (1955) und Rogers (2001) das individuelle Denken, Fühlen und Handeln des Klienten von dem Therapeuten exploriert werden muss.

Für die Arbeit der Erziehungsberatungsstelle „sichtbar!“ kann insgesamt gefolgert werden, dass das Erleben der KlientInnen überwiegend positiv bewertet wurde. Die Daten zeigen für die therapeutische Praxis außerdem, dass einer Reflexion der Haltung und Beziehungsgestaltung des Therapeuten eine große Bedeutung zukommt; ein Austausch innerhalb des Teams stellt hier ein großes Potenzial neben dem regulären Supervisionsangebot dar. Aus den Daten lässt sich weiterhin ableiten, dass die systemische Therapierichtung in vielerlei Hinsicht geeignet für die Therapie mit hörend-tauben Klienten ist: Die Rollenflexibilität des Therapeuten, die ressourcen- und lösungsorientierte Grundhaltung sowie das Einbeziehen der sozialen und gesellschaftlichen Einflüsse auf die Umwelt werden von den KlientInnen positiv bewertet.

Abschließend kann gefolgert werden, dass spezialisierte Beratungs- und Therapieangebote eine wichtige Rolle für die Versorgung psychisch belasteter tauber Personen und ihre Familien darstellen. Ein Ausbau spezialisierter Angebote und die Weiterbildung nicht spezialisierter Angebote (für die Arbeit mit Dolmetschern) ist wünschenswert, um auch tauben Personen das Recht auf freie Therapeutenwahl in der Praxis zu ermöglichen.

Für die wissenschaftliche Begleitforschung spezialisierter Angebote ergeben sich aus dieser Arbeit weitere Forschungsfragen zu unspezifischen und spezifisch systemischen Wirkfaktoren in der therapeutischen Arbeit mit tauben Klienten. Wie die Repertory Grid-Methode in der Forschung mit Gebärdensprache weiter eingesetzt werden könnte, ist in Kapitel 8.3 ausgeführt. Für weitere Forschung in diesem Bereich wird außerdem ein Längsschnittdesign empfohlen, das Veränderungen innerhalb der Familie genauer erfassen kann und möglichst alle Familienmitglieder in den Forschungsprozess mit einbezieht.

## Literaturverzeichnis

- § 17 SGB I Ausführung der Sozialleistungen. (o. J.). Abgerufen Januar 7, 2012, von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sghi/17.html>
- Ahrbeck, B. (1997). *Gehörlosigkeit und Identität: Probleme der Identitätsbildung Gehörloser aus der Sicht soziologische und psychoanalytischer Theorien* (2. Aufl.). Hamburg: Signum-Verlag.
- Albertini, J. A. (2006). Forschung im Kontext von Hörschädigung unter ethischen Gesichtspunkten - Darstellung und Rollen, Recht und Verantwortung. In M. Hintermair (Hrsg.), *Ethik und Hörschädigung: Reflexionen über das Gelingen von Leben unter erschwerten Bedingungen in unsicheren Zeiten*. Heidelberg: Median-Verlag von Killy-Horn.
- Beail, N. (1985). *Repertory Grid Technique and Personal Constructs: Applications in Clinical & Educational Settings*. Cambridge: Brookline Books.
- Beresford, B., Greco, V., Clarke, S., & Sutherland, H. (2008). An Evaluation of Specialist Mental Health Services for Deaf Children and Young People. *Social Policy Research Unit*, University of York, York.
- BGG - Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen. (o. J.). Abgerufen Dezember 28, 2011, von <http://www.gesetze-im-internet.de/bgg/BJNR146800002.html>
- Bogner, B. (2008). Hörtechnik für Pädagogen - Folge 8: Das Cochlea-Implantat (CI). *Hörgeschädigtenpädagogik*, 62(5), 200-205.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brosch, L., Kampert, K. (1991). Medizinische Rehabilitation psychischer Störungen von Hörbehinderten – Stationäre Therapie auf der Gehörlosenstation in Lengerich. (Forschungsbericht Sozialforschung, Nr. 214). Bonn.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (o. J.). Abgerufen Februar 6, 2012, von <http://www.bke.de/024-670-C9E-4BE/>
- Burns, T., Hunter, M., & Liebermann, S. (1980). A repertory grid study of therapist/couple interaction. *Journal of Family therapy*, 2, 297-310.
- Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e. V. (o. J.). Abgerufen Januar 7, 2012, von <http://www.d cig.de/>
- Dick, M. (2000). Die Anwendung narrativer Gridinterviews in der psychologischen Mobilitätsforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), Art. 6.

- Dick, M. (2001). *Die Situation des Fahrens. Phänomenologische und ökologische Perspektiven der Psychologie*. Hamburg: Harburger Beiträge zur Psychologie und Soziologie der Arbeit, Sonderband 3.
- Dörner, K. (1975). *Diagnosen der Psychiatrie: über die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Erziehungshilfe e.V. Hamburg. (o. J.). Abgerufen November 10, 2011, von <http://www.erziehungshilfeverein.de/pages/hilfen/beratung-gehoerloser-schwerhoeriger---sichtbar.php>
- Ethik-Richtlinien — DGSF. (o. J.). Abgerufen Januar 18, 2012, von <http://www.dgsf.org/dgsf/gremien/ethik-richtlinien.htm>
- Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., & Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 737-742.
- Flick, U. (2006). Qualität in der Qualitativen Evaluationsforschung. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen* (S. 424-442). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Muck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395-407). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flückiger, C., & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis*. Bern: Huber.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M., & Vorspohl, E. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fransella, F., Bell, R., & Bannister, D. (2004). *A manual for repertory grid technique*. Chichester: Wiley.
- Fromm, M. (1995). *Repertory Grid Methodik: ein Lehrbuch*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Fromm, M. (2004). *Introduction to the Repertory grid Interview*. Münster: Waxmann.
- Fromm, M., & Paschelke, S. (2010). *GridPractice: Anleitung zur Durchführung und Auswertung von Grid-Interviews*. Norderstedt: Books on Demand.
- Glickman, N. (2009). *Cognitive-Behavioral Therapy for Deaf and Hearing Persons with Language and Learning Challenges*. New York, NY: Routledge.
- Glickman, N. S., & Gulati, S. (2003). *Mental Health Care of Deaf People: A Culturally Affirmative Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.



- Glickmann, N., & Harvey, M. (2008). Psychotherapy with Deaf adults: The development of a clinical specialization. *JADARA*, 41(3), 129-186.
- Glossar linguistischer Fachbegriffe. (o. J.). Abgerufen Januar 20, 2012, von <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/intro/glossar.htm>
- Gollwitzer, M., & Jäger, R. S. (2009). *Evaluation kompakt*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Gordon, A. (1977). Thinking with restricted language. a personal construct investigation of prelingually profoundly deaf apprentices. *British Journal of Psychology*, 68(2), 253-255.
- Gotthardt-Pfeiff, U. (1991). *Gehörlosigkeit in Ehe und Familie - Beziehungs- und Umgangsformen kommunikativ Behinderter*. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag.
- Gulati, S. (2003). Epilogue: When the Therapist is Deaf. In N. Glickman & S. Gulati (Hrsg.), *Mental Health Care of Deaf People - A Culturally Affirmative Approach*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Gregory, S. (1995). *Deaf Children and their Families*. Cambridge: University Press.
- Grenberg, M.T. & Kusché, C.A. (1993). *Promoting social and emotional development in deaf children*. Seattle, London: University of Washington Press.
- Groeben, N., & Scheele, B. (2000). Dialog-Konsens-Methodik im Forschungsprogramm Subjektive Theorien. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), Art. 10.
- Gumin, H., & Meier, H. (Hrsg.). (2006). *Einführung in den Konstruktivismus* (9. Aufl.). München: Piper.
- Hannover, W., Dogs, C. P., & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Harvey, M. A. (1984). Family Therapy with Deaf Persons: The Systemic Utilization of an Interpreter. *Family Process*, 23(2), 205-213.
- Harvey, M. A. (2003). *Psychotherapy with Deaf and Hard of Hearing Persons: A Systemic Model* (2. Aufl.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heckmann, M. (2011). *OpenRepGrid - An R package for the analysis of repertory grids*. University of Bremen.

- Hintermair, M. (2005). *Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung - Theoretische und empirische Analysen*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Hintermair, M. (2007). *Psychosoziales Wohlbefinden hörgeschädigter Menschen*. Hamburg: Signum-Verlag.
- Hintermair, M., & Tsirigotis, C. (Hrsg.). (2008). *Wege zu Empowerment und Ressourcenorientierung in der Zusammenarbeit mit hörgeschädigten Menschen*. Heidelberg: Median.
- Hintermair, M., & Tsirigotis, C. (Hrsg.). (2010). *Die Stimme(n) von Betroffenen - Empowerment und Ressourcenorientierung aus der Sicht von Eltern hörgeschädigter Kinder und von erwachsenen Menschen mit einer Hörschädigung*. Heidelberg: Median.
- Jarvis, J., Sinka, I., & Iantaffi, A. (2002). Inclusion – what deaf pupils think: an RNID/DfES project undertaken by the University of Hertfordshire, November 2001–July 2002. *Deafness & Education International*, 4(3), 142-147.
- Jokisch, T. (2007). *Zum Zusammenhang von Sprache und Mentalisierung im Vergleich gehörloser Kinder in gebärdensprachorientierten Familien zu gehörlosen Kindern in lautsprachorientierten Familien*. Universität zu Köln. Diplomarbeit.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs. Vol.1: A theory of personality*. New York, NY: Norton.
- Kelly, G. (1986). *Die Psychologie der persönlichen Konstrukte*. Paderborn: Junfermann.
- Kelly, G. (1991). *A theory of personality* (Reprinted.). London: Routledge.
- Köbberling, G., & Lux, V. (2007). Evaluationsforschung zwischen „Ökonomisierung des Sozialen“ und Praxisreflexion. In U. Osterkamp (Hrsg.), *Forum Kritische Psychologie 51* (S. 67-88). Hamburg: Argument Verlag.
- Kollien, S. (2006). Als Gehörloser die Welt sehen - fehlt da etwas? In M. Hintermair (Hrsg.), *Ethik und Hörschädigung: Reflexionen über das Gelingen von Leben unter erschwerten Bedingungen in unsicheren Zeiten* (S. 399-425). Heidelberg: Median-Verlag.
- Kriz, J. (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner: eine Einführung*. Wien: Facultas-Univ.-Verl.
- Kriz, J. (2004). Personenzentrierte Systemtheorie - Grundfragen und Kernaspekte. In A. von Schlippe & W. C. Kriz (Hrsg.), *Personenzentrierung und Systemtheorie: Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln..* (S. 13-67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, J. (2009). Systemische Familientherapie. In T. Slunecko (Hrsg.), *Psychotherapie - Eine Einführung* (S. 221-261). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kulturunterschiede. (o. J.). Abgerufen Januar 7, 2012, von <http://www.vibelle.de/im-job/kultur-unterschiede>

- Leino, P. & Pihavainio, R. (2002). Family therapy project in sign language, 2000-2002, HANDLE, Final report. *Finnish Association of the Deaf publications*, (27).
- Leven, R. (2003). *Gehörlose und Schwerhörige Menschen mit psychischen Störungen* (2. Aufl.). Hamburg: Verlag hörgeschädigte kinder gGmbH.
- Lohaus, A. (1993). Testtheoretische Aspekte der Repertory Grid-Technik. In J. Scheer & A. Catina (Hrsg.) *Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bd.1, Grundlagen und Methoden*. Bern: Hans Huber.
- Müller, A., & Heinze, A. (2008). *Wir sind Eltern: Die kleine Elternfibel*. Tarp: Manu Linga.
- Müller-Kohlenberg, H. (1997). Evaluation von sozialpädagogischen Maßnahmen aus unterschiedlicher Perspektive: Die Sicht der Träger, der Programmanager/-innen und der Nutzer/-innen. In H. Müller-Kohlenberg & D. O. Autrata (Hrsg.), *Evaluation der sozialpädagogischen Praxis*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Müller-Kohlenberg, H., & Kamman, C. (2000). Die NutzerInnenperspektive in der Evaluationsforschung: Innovationsquelle oder opportunistische Falle. In H. Müller-Kohlenberg & K. Münstermann (Hrsg.), *Qualität von Humandienstleistungen: Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen*. Opladen: Leske + Budrich.
- MyWey, L., James, E. J., & Smock, S. A. (2005). A Graduate Student Guide to Conducting Research in Marriage and Family Therapy. In D. H. Sprenkle & F. P. Pierce (Hrsg.), *Research Methods in Family Therapy*. New York, London: Guilford Press.
- Pepping, L. (2010). Empowerment = Kontakte + Inspiration + Netzwerkarbeit. In C. Tsiritogitis & M. Hintermair (Hrsg.), *Die Stimme(n) von Betroffenen*. Heidelberg: Median-Verlag.
- Peter, C., Raith-Kaudelka, S., & Scheithauer, H. (2010). *Gemeinsam in zwei Welten leben: Ratgeber für gehörlose Eltern*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 067-076.
- Pollard, R. Q. (1994). Public mental health service and diagnostic trends regarding individuals who are deaf or hard of hearing. *Rehabilitation Psychology*, 39(3), 147-160.
- Prillwitz, Siegmund. (1982). *Zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation und Sprache mit Bezug auf die Gehörlosenproblematik: ein Forschungsprojekt mit Sekundäranalysen und empirischen Untersuchungen zur Gehörlosenproblematik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Prillwitz, Siegmund. (1989). *HamNoSys: Version 2.0: Hamburger Notationssystem für Gebärdensprachen: eine Einführung*. Hamburg: Signum.

- Prillwitz, Siegmund. (1991). *Zeig mir beide Sprachen!/: Elternbuch Teil 2: Vorschulische Erziehung gehörloser Kinder in Laut- und Gebärdensprache*. Hamburg: Signum.
- Prillwitz, S., & Vollhaber, T. (Hrsg.). (1991). *Gebärdensprache in Forschung und Praxis - Internationale Arbeiten zur Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser; Band 14*. Hamburg: Signum.
- Quandt, A. (2011). Der Mailänder Kongress und seine Folgen (Teil II). *Das Zeichen: Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser*, 25(89), 426-436.
- Raeithel, A. (1993). Auswertungsmethoden für Repertory Grids. In J. Scheer & A. Catina (Hrsg.), *Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bd.1, Grundlagen und Methoden*. Bern: Hans Huber.
- Raeithel, A. (1998). *Selbstorganisation, Kooperation, Zeichenprozeß: Arbeiten zu einer kulturwissenschaftlichen, anwendungsbezogenen Psychologie*. (C. Dahme, Hrsg.). Opladen: Westdt. Verl.
- Rangosch-Schneck, E. (2009). „Da ist meistens so viel ungesprochen im Hinterkopf drin ...“ –Erfahrungen mit der Repertory-Grid-Technik als qualitativheuristischem Forschungskonzept am Beispiel der Explizierung von „Elternbildern“ bei Lehrpersonen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(1), Art.9.
- Richter, H.-E. (1970). *Patient Familie: Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie*. Reinbek: Rowohlt.
- Rien, O. (o. J.a). Trauerarbeit von Eltern bei der Diagnose „Hörschädigung“. Abgerufen Dezember 28, 2011, von [http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=20&Itemid=32](http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=32)
- Rien, O. (o.J.b) - „Mobbing unter Gehörlosen und Schwerhörigen – Was kann jeder dagegen tun?“. Abgerufen Februar 1, 2012, von [http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=22&Itemid=32](http://www.oliver-rien.de/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=32)
- Rodrigues, O. (2007). *Silence speaks volumes - the deaf experience of mental health, culture and communication*. University of Wollongong.
- Rogers, C. R. (2001). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. (W. M. Pfeiffer, Hrsg.). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Satir, V. (1985). *Selbstwert und Kommunikation: Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe*. München: Pfeiffer.
- Scheer, J. W. (1993). Planung und Durchführung von Repertory Grid- Untersuchungen. In J. Scheer & A. Catina (Hrsg.). *Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bd.1, Grundlagen und Methoden*. Bern: Hans Huber.
- Scheer, J. W., & Catina, A. (1993a). *Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bd.1, Grundlagen und Methoden*. Bern: Huber Hans.

- Scheer, J. W., & Catina, A. (1993b). *Einführung in die Repetory Grid-Technik, Bd. 2, Klinische Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Schlippe, A. v., & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A.v., & Schweitzer, J. (2009). *Systemische Interventionen*. Stuttgart: UTB GmbH.
- Schlippe, A. v. (2010). *Familientherapie im Überblick: Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten* (12. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Schmidt-Traub, S. (2003). Therapeutische Beziehung - ein Überblick. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 3(3), 111-129.
- Schomberg, A. L. (2011). *Gebärdensprachdolmetschen in der familientherapeutischen Familienberatung. Theoretische und praktische Einblicke anhand einer gesprächsanalytischen Untersuchung*. Universität Hamburg. Diplomarbeit.
- Schonauer, K. (2002). *Schizophrenien prälingual Gehörloser - eine Untersuchung im lautlosen Kompartiment im „menschengemeinsamen Raum“*. Darmstadt: Steinkopff.
- Schwing, R., & Fryszer, A. (2006). *Systemisches Handwerk Werkzeug für die Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- sci:vesco® - *Handbuch zur Version 3.0*. (2009). elements and constructs GmbH. Abgerufen Februar 7, 2012, <http://elementsandconstructs.de/de/scivesco/handbuch>
- Sprenkle, D. H., & Pierce, F. P. (Hrsg.). (2005). *Research Methods in Family Therapy* (Second Edition.). New York: Guilford Press.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Studie zur „Ehe- und Familienberatung für gehörlose und hörgeschädigte Menschen in Bayern“. (o. J.). Abgerufen Januar 24, 2012, von <http://www.institutkom.de/forschung/forschung-efbg.html>
- Szagon, G. (2011). Einflüsse auf den Spracherwerb bei Kindern mit Cochlea-Implantat: soziale Faktoren und Implantationsalter. *Hörgeschädigtenpädagogik*, 65(1), 6-11.
- Temple, B., & Young, A. (2004). Qualitative Research and Translation Dilemmas. *Qualitative Research*, 4(2).
- Therapie&Reha - Taubenschlag, das deutsche Portal für Hörgeschädigte. (o. J.). Abgerufen Januar 7, 2012, von <http://www.taubenschlag.de/TherapieReha>
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R., Claiborn, C., & Wampold, B. (2003). Concept Mapping of Therapeutic Common Factors. *Psychotherapy Research*, 13(4), 401-413.

- Tratzki, S. (2002). *Pendeln zwischen zwei Welten. Hörende Kinder gehörloser Eltern*. Hamburg: Verlag hörgeschädigte kinder gGmbH.
- Vibelle TV: An einer Kölner Grundschule werden zwei gehörlose Kinder eingeschult! (o. J.). Abgerufen Dezember 28, 2011, von <http://www.vibelle.de/tv/watch/98>
- Willke, H. (1993). *Systemtheorie I: Grundlagen - Eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme*. (4. Aufl.). Stuttgart: Fischer.
- Willutzki, U. (1993). Veränderungsmessung in der Einzeltherapie. In J. Scheer & A. Cantina (Hrsg.). *Einführung in die Repertory Grid-Technik, Bd. 2, Klinische Forschung und Praxis* (S. 97-114). Bern: Huber.
- Winter, D. (1985). Repertory Grid Technique in the evaluation of therapeutic outcome. *Repertory Grid Technique and Personal Constructs: Applications in Clinical & Educational Settings*. Cambridge: Brookline Books.
- Winter, D. (1992). Repertory Grid Technique as a Group Psychotherapy Research Instrument. *Group Analysis*, (25), 449-462.
- Wirth, W. (2006). Hilfe, Selbsthilfe, Vielfalt: Rette sich, wer kann? Ethische Aspekte der Rehabilitation und Psychotherapie bei erwachsenen Hörgeschädigten. In M. Hintermair (Hrsg.), *Ethik und Hörschädigung: Reflexionen über das Gelingen von Leben unter erschwerten Bedingungen in unsicheren Zeiten* (S. 349-368). Heidelberg: Median.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer.

## **Anhang**

- I. Anschreiben zur Rekrutierung der Interviewpartner
- II. Anzeigentext der Annonce im Portal für Hörgeschädigte „Taubenschlag“
- III. Bertin Matrizen des zweiten und dritten Interviews

## I. Anschreiben zur Rekrutierung der Interviewpartner

### *Interview über Beratung bei sichtbar / Erziehungshilfe e.V.*

Probleme lösen ist nicht einfach! Beratungsstellen können da helfen.

Deshalb möchte „sichtbar“/Erziehungshilfe e.V. wissen:

Sind die Familien zufrieden mit der Beratung?

Was können die Therapeuten noch besser machen?

Hallo und Guten Tag,

ich heiße Gesche Wattenberg, studiere Psychologie und kann DGS.

Für meine Abschlussarbeit möchte ich die Beratungsstelle untersuchen (evaluieren).

Ich frage nicht nach Ihren Problemen – sondern *was denken Sie über die Beratung?*

Mit einer Person / Familie möchte ich ein Interview machen.

Das Interview ist **anonym (ohne Namen)!**

Die Antworten benutze ich **ohne Namen** für meine Abschlussarbeit.

Ich habe eine Schweigepflicht.

#### **Das Interview-Thema:**

*Wie hat Ihnen die Beratung gefallen?*

*Was war gut?*

*Was war nicht gut?*

#### **Wo?**

Hamburg: Bethesdastr. 40

Bremen: Doventorscontrescarpe 172 D

**oder** bei Ihnen Zuhause!

#### **Wie?**

Computer-Interviews – Erklärung in DGS (Dolmetscher möglich)

(für Hörende: in Lautsprache)

Dauer: ca. 1,5 Stunden.

#### **Dankeschön**

Als kleines Dankeschön biete ich eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro!

Bitte sagen Sie Bescheid ob Sie mitmachen:

E-Mail: gesche.wattenberg@gmail.com

Handy: 0176-64252184

Fax (an sichtbar!): 040 – 60 90 19 29



Viele Grüße,  
Gesche Wattenberg



## II. Anzeigentext im Portal für Hörgeschädigte „Taubenschlag“

Beratungsstelle *sichtbar!* bei Erziehungshilfe e.V. in Hamburg und Bremen wird evaluiert

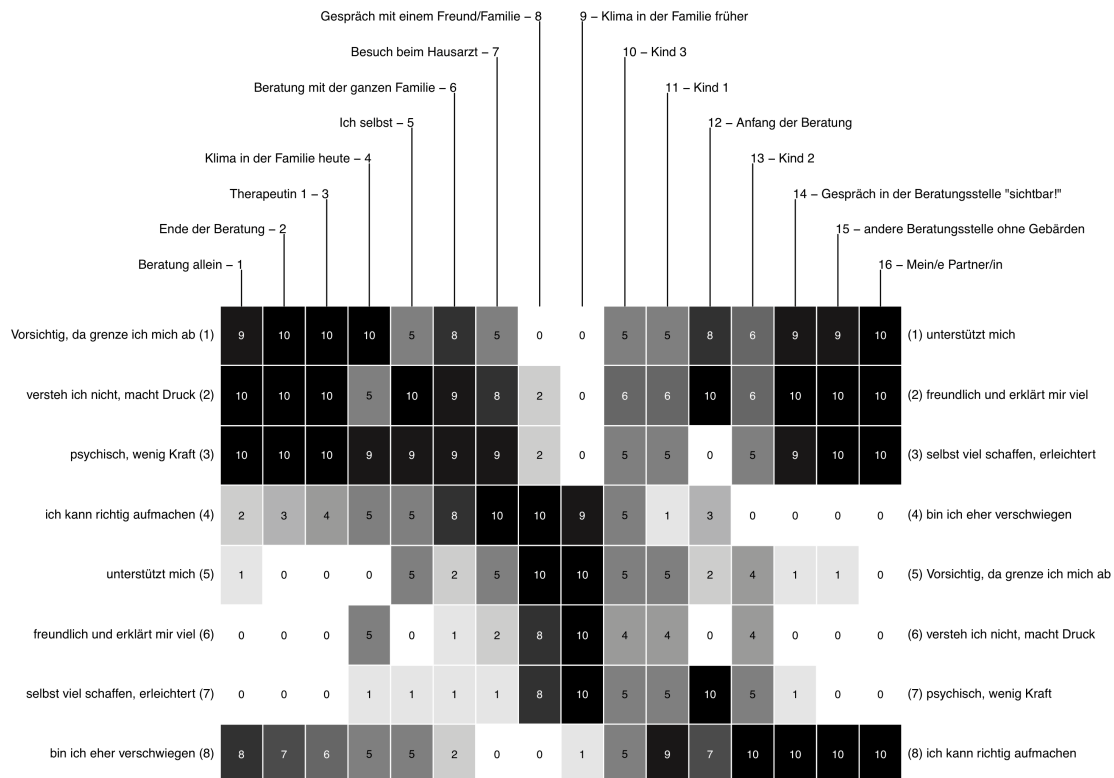
Erziehungshilfe e.V. bietet nun schon über 10 Jahre Erziehungsberatung für gehörlose und schwerhörige Eltern in Hamburg und Bremen an.

Erstmals soll in einer Psychologie - Diplomarbeit die Qualität der Beratung bewertet werden. Was denken ehemalige Klienten über die Beratung? War sie gut und was kann die Beratungsstelle besser machen? Dazu werden Interviews am Computer durchgeführt. **Die Diplomandin Gesche Wattenberg kann DGS und sucht noch Familien für ein Interview, die früher an einer Beratung teilgenommen haben. Vielleicht gibt es Kinder und Jugendliche, die damals eine Beratung gemacht haben und heute erwachsen sind?** Selbstverständlich werden alle Interviews anonym (ohne Namen) durchgeführt.

Die Beratungsstelle *sichtbar!* hat heute ihre Räume in Hamburg, Bethesdastr. 40 und in Bremen, Hans-Böckler-Str. 9 (ab Oktober 2011).

Bei Interesse am Interview können Sie sich bei Frau Wattenberg melden. Ihre Email-Adresse: Gesche.Wattenberg@googlemail.com



*Bertin-Matrix drittes Interview: Clara*

### **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Bremen, den 19.April 2012

Gesche Wattenberg